

Faculté de médecine de Paris

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 février 1895, à 1 heure

Par IVAN T. LETCHEFF

Né à Tirnova (Bulgarie) le 31 Décembre 1866

DE LA

COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

CHEZ LES UTÉRINES

Etude Anatomique, Clinique et Pathogénique

Président : A. LE DENTU, professeur.

*Juges : MM. { BERGER, professeur.
CHANTEMESSE, BRUN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1895

63

Faculté de Médecine de Paris

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 février 1895, à 1 heure

Par IVAN T. LETCHEFF

Né à Tirnova (Bulgarie) le 31 Décembre 1866

DE LA

COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

CHEZ LES UTÉRINES

Etude Anatomique, Clinique et Pathogénique

Président : A. LE DENTU, professeur.

*Juges : MM. { BERGER, professeur.
 { CHANTEMESSE, BRUN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	LABOULBENE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	TILLAUX.
Clinique chirurgicale	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	F UCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIER	S HWARTZ
BAR	GILBERT	NLLATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEWESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE
DE MON GRAND'PÈRE ET DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR A. LE DENTU

Hommage de respectueuse reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553815_0066



DE LA

COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

CHEZ LES UTÉRINES

Etude Anatomique, Clinique et Pathogénique

AVANT-PROPOS

Pendant le cours de nos études médicales, nous avons eu l'occasion d'observer dans les divers services hospitaliers de nos maîtres, un grand nombre de cas de colite muco-membraneuse. Nous avons été frappé de la fréquence de cette affection chez les femmes, et plus particulièrement chez celles qui présentaient des lésions de l'appareil génital.

Ouvrant alors les traités classiques, nous vîmes, que nombreuses étaient les appellations qu'on a

donné à cette entité morbide. Les noms les plus souvent employés sont les suivants :

Diarrhée glutineuse (Van Swieten). Entérite glaireuse (Nonat). Diarrhée tubulaire (Good). Affection muqueuse de l'intestin (Witehead). Entérite membraneuse (da Costa). Affection membraneuse de l'intestin (Goss). Affection douloureuse de l'intestin (Powell). Croup intestinal (Clamens). Perpétide exfoliatrice (Gigot-Suard). Colique muqueuse (Nothnagel). Diarrhée fibrineuse (Granthams). Entérite interstitielle (Wannebrouq). Entérite mucino-membraneuse (G. Sée). Colite pseudo-membraneuse (Ozenne).

Si la synonymie de l'affection qui nous occupe est aussi riche, c'est que les différents auteurs qui l'ont observée, ne l'ont envisagée qu'à un point de vue très général. Certains d'entre eux ont essayé d'établir les relations de cette affection avec les lésions des organes voisins; mais, ne tenant compte que des faits cliniques, ils ont complètement négligé les faits anatomiques qui pouvaient expliquer certaines formes de l'affection.

C'est une des formes de cette maladie qui fait l'objet de notre étude : celle qui s'accompagne toujours de lésions génitales chez la femme.

De toutes les dénominations admises par les auteurs pour caractériser cette affection, nous proposons celle de *colite muco-membraneuse*.

Nous choisissons le mot *colite*, parce que les lésions qui sont caractérisées par une sécrétion

abondante de mucus par les glandes ont leur siège anatomique dans le gros intestin, nous ajoutons le qualificatif de *muco-membraneuse*, afin d'éviter toute erreur anatomo-pathologique et de bien déterminer la nature des produits de sécrétion.

Nous nous proposons donc d'étudier la colite muco-membraneuse chez les femmes atteintes de lésions génitales, et pour cela, nous diviserons notre étude en trois parties :

Dans une première partie, nous résumerons nos connaissances actuelles sur le système lymphatique des organes du petit bassin chez la femme, afin de bien montrer le rôle que jouent les lymphatiques génitaux dans l'étiologie de la colite muco-membraneuse.

Dans une seconde partie, après un rapide exposé de l'historique de la question, nous ferons l'étude clinique de la maladie, en exposant dans une revue aussi complète que possible, l'étiologie, les symptômes, la marche, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Dans cette partie de notre travail, nous citerons les observations qui nous sont personnelles ou celles que nous devons à l'obligeance de nos maîtres et amis, ou que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale.

Nous réserverons la troisième partie de notre travail pour essayer d'établir, sur les données anatomiques actuelles, une pathogénie rationnelle de cette affection si fréquente chez les utérines.



Arrivé à la fin de nos études médicales, et sur le point de quitter la France, nous considérons comme un devoir sacré, d'adresser publiquement nos remerciements les plus sincères à nos maîtres de la Faculté de médecine de Paris.

Nous prions M. le professeur Dieulafoy, d'agréer l'expression de notre gratitude, pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée lorsqu'il a bien voulu nous recevoir dans son service.

Ses leçons de clinique médicale, soit à l'Ecole, dans son cours magistral, soit à l'hôpital Necker, dans son enseignement clinique quotidien, seront toujours pour nous notre guide dans toute notre carrière médicale.

Que M. le professeur Le Dentu, veuille bien aussi agréer, avec nos hommages respectueux, tous nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse. Avec ce maître éminent, nous avons appris la pratique chirurgicale, et ses leçons de l'hôpital Necker seront toujours présentes à notre mémoire.

Nous adressons tous nos meilleurs remerciements à nos maîtres, les D^{rs} Launois et Morau, préparateurs au laboratoire d'histologie de la Faculté de Médecine; ils ont bien voulu nous guider de leurs conseils et nous espérons qu'ils voudront bien nous continuer leur bienveillante affection.





CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE DU SYSTÈME LYMPHATIQUE GÉNITAL DE LA FEMME.

Les vaisseaux lymphatiques de l'appareil génital féminin furent découverts sur des mammifères par *Nuck* qui en donna une assez bonne description. Deux ans après, ils furent vus par Méry sur l'utérus de la femme, et plus tard par *Morgagni* et *Winslow*. Haller, cité par *Cruikshank*, dit à ce sujet (1) : « *Vidit in humano-utero Joannes Mery ; tum J. B. Morgagni in puerpera, turgida, sub membrana externa uteri repentia et J. B. Winslow.* »

Plus tard encore, *Cruikshank* poursuivant ses recherches, les trouve sur des utérus en état de vacuité et utilise pour cela les gaz qui se dégagent des pièces en état de putréfaction. Un an après, en

1. Cruikshank (William). *The anatomy of absorbent vessels in the human body*, 1787.

1787, Mascagni (1) publiait sa splendide et immortelle iconographie des vaisseaux lymphatiques et montrait, dans une planche remarquable, l'étonnante richesse du réseau sous-séreux de l'utérus gravide. Cette magnifique iconographie des vaisseaux lymphatiques de Mascagni est encore de nos jours un monument anatomique auquel les chercheurs modernes, malgré les énormes progrès de la technique anatomique, n'ont pu qu'apporter de bien faibles détails.

Jusqu'en 1832, les données fournies par Mascagni et ses prédécesseurs furent vérifiées et reproduites dans tous les ouvrages classiques. Ce n'est qu'en 1833 que Cruveilhier, (2) mettant à profit un séjour de deux années à la Maternité, fit une étude complète des lymphatiques utérins et assigna les notions que l'on retrouvait, il y a cinq ans encore, dans nos Traités modernes d'anatomie.

Cependant en 1870, M. Lucas-Championnière (3), dans une thèse remarquable, faisait connaître des détails absolument nouveaux et complétait ainsi nos connaissances sur l'anatomie macroscopique de ces vaisseaux.

Avec les progrès de l'histologie, l'étude des lymphatiques génitaux entrent dans une phase nouvelle.

1. Mascagni. *Vasorum lymphaticorum corporis humani historia et iconographia*. Sienne, 1787.

2. Cruveilhier. *Atlas d'anatomie pathologique*. 13^e livraison.

3. Lucas-Championnière. Thèse de Paris, 1870.

Les recherches de Peter Fridolin (1) de Saint-Pétersbourg, et de Gerhard Léopold (2), de Leipzig, viennent confirmer les faits déjà connus et donnent une idée plus nette et plus précise de la circulation lymphatique dans le système utérin tout entier.

Enfin, les travaux de Sappey (3), confirmant les connaissances déjà acquises, sont complétés et repris par Poirier (4), dans son remarquable mémoire de 1890. Cet auteur, d'après des recherches nouvelles, nous fait connaître dans un tableau général nos connaissances actuelles sur le système lymphatique de l'appareil génital de la femme. Nous ne citerons que comme complément à cette revue historique les dernières recherches de notre maître, le Dr Henry Morau (5), qui a fait connaître certains détails que nous aurons à invoquer dans le cours de ce travail.

Dans cet exposé anatomique nous insisterons plus spécialement sur les lymphatiques du vagin et de l'utérus, car leur étude nous servira de base pour établir la pathogénie de l'affection que nous nous proposons de décrire. Nous signalerons rapidement

1. Peter Fridolin. *Veber die lymph. fässe der Schwangeren Gebärmutter*, in *literat il journal*, 115. Theil nov. 1872. Saint-Pétersbourg. Ab th. II soc. 105 Russich.

2. Dr Gerhard Léopold. In *Leipzig. Die lymph. der normalen nicht Schwangeren uterin* (Arch. fur Gynec. Berlin, 1873).

3. Sappey. *Traité d'anatomie descriptive*.

4. P. Poirier. *Lymphatiques des organes génitaux de la femme. Progrès médic.* Paris, 1890.

5. Henry Morau. (Comptes-rendus de la société de Biologie, 21 décembre, 1894).

les lymphatiques du système tubo-ovarien et du ligament large, bien que leur description ne soit pas indispensable pour expliquer notre opinion, mais elle nous servira à faire comprendre cependant, certains faits de la pathogénie du petit bassin de la femme.

1° *Lymphatiques du vagin.*

Les vaisseaux lymphatiques du vagin sont on ne peut plus nombreux. Ils naissent des deux tuniques qui constituent la paroi de ce conduit et forment deux réseaux : un réseau muqueux et un réseau musculaire. Ces deux réseaux communiquent largement entre eux.

Le réseau muqueux, déjà bien vu par M. Poirier, est d'une richesse incomparable : les mailles qui le constituent sont tellement fines et serrées que le mercure semble au premier abord former une nappe continue. Il n'en est rien cependant, et il est facile, ainsi que le fait remarquer l'auteur déjà cité, de distinguer chacun des éléments du réseau.

Le réseau musculaire est moins riche ; il est formé de vaisseaux plus volumineux et disposés en mailles beaucoup plus larges. Ils sont bien visibles sur la face externe et sur la face postérieure du vagin en particulier, où ils forment des troncs médians situés dans le tissu cellulaire, qui sépare ce conduit du rectum.

De ces deux réseaux, du muqueux ou sous épithélial et du musculaire, partent des troncs efférents qui peuvent être réunis en trois groupes.

1°. — Un groupe inférieur, le moins important pour nous, est formé des lymphatiques venus de cette portion du vagin intermédiaire au canal vaginal proprement dit et à la vulve. Ces lymphatiques se rendent directement à des ganglions pelviens. Ceux qui naissent de la portion vulvaire du canal vaginal se rendent au groupe vulvaire des ganglions inguinaux.

Si cette distinction est facile chez l'enfant en bas âge, où la délimitation entre la vulve proprement dite et le canal vaginal est marquée, il n'en est plus de même chez la femme adulte, où cette délimitation n'est plus aisée et chez laquelle une piqûre heureuse peut injecter, tantôt les vaisseaux pelviens, tantôt les vaisseaux inguinaux en raison des nombreuses anastomoses de ces vaisseaux entre eux, ce qui prouve, ainsi que le fait remarquer M. Poirier, que le système lymphatique du vagin est tributaire en général des lymphatiques pelviens. Ce fait confirme les données fournies par le D^r Budin dans son étude sur le développement de l'organe.

2° Le groupe supérieur, né des réseaux vaginaux dans le tiers supérieur du conduit, comprend deux ou trois gros vaisseaux d'après M. Poirier. Dans ses recherches sur le même sujet, le D^r Henry-

Morau (1) a vu, sur une enfant de sept ans environ, quatre gros troncs former ce groupe supérieur.

Ces divers vaisseaux se dirigent sur les parties latérales du vagin pour s'unir avec ceux venus du col utérin, et aboutir avec ces derniers dans les ganglions du plexus iliaque.

3° Le groupe moyen est le plus important pour nous. Signalé pour la première fois par M. Poirier, il comprend deux, trois vaisseaux (Poirier) ou même quatre (Morau) qui, cheminant d'abord sur les parties latérales du vagin, s'engagent plus ou moins sur les côtés de la cloison recto-vaginale et gagnent le ganglion le plus inférieur du plexus iliaque situé au niveau même de l'origine de l'artère vaginale, vers la partie moyenne de la grande échancrure sciatique, entre le nerf sciatique en dehors, et en dedans le tissu cellulaire qui double la paroi du rectum.

Ainsi que l'a montré d'une façon presque constante notre maître, le Dr Morau, on peut voir, lorsque ce réseau moyen a été complètement injecté, qu'au niveau de la cloison recto-vaginale, deux ou trois vaisseaux se détachent des troncs principaux, s'engagent dans le tissu cellulaire qui forme la cloison recto-vaginale et s'y terminent en un réseau extrêmement délicat.

1. Henry Morau. *Remarques sur les vaisseaux lymphatiques des organes génitaux de la femme et leurs anastomoses avec ceux du rectum* (Comptes-rendus. Société de Biologie, décembre 1894).

Deux fois sur une trentaine de cas, le Dr Poirier a pu constater à l'origine même des vaisseaux efférents de ce groupe moyen, un ganglion situé dans la cloison recto-vaginale. Ce fait n'a pu être signalé par Morau dans son travail, malgré ses nombreuses recherches. Il semblerait donc y avoir là, pour nous, une de ces inconstances si fréquentes dans les recherches anatomiques.

Si on pique, non plus la paroi sous-épithéliale de cette portion moyenne du vagin, mais sa paroi musculaire et de préférence sa face postérieure, dans cette partie du canal vaginal longue de 12 à 15 millimètres chez l'enfant en bas-âge, tapissant le péritoine et formant le cul-de-sac utéro-vagino-rectal, on peut voir, ainsi que l'avait déjà montré Poirier, deux gros troncs médians longer toute cette partie postérieure du conduit vaginal. En employant certaines modifications de technique indiquées par Morau dans sa communication à la Société de Biologie, nous pouvons confirmer, en outre, ce qu'avait déjà vu cet auteur à savoir : l'injection mercurielle ayant rempli, sous une faible pression, tout le réseau lymphatique de la paroi musculaire du vagin s'infiltré encore plus loin, gagne toute la zone conjonctive qui constitue la cloison recto-vaginale et forme finalement un réseau à mailles assez larges sur toute la paroi antérieure du rectum en rapport direct avec le vagin.

Le fait signalé par l'auteur que nous venons de citer a pour nous la plus haute importance, car il

montre, de la façon la plus indéniable, qu'entre les systèmes lymphatiques des deux organes il n'y a plus seulement des rapports de *contiguïté*, ainsi qu'on l'admettait jusqu'alors d'une façon classique, mais qu'il y a bien des rapports de *continuité*.

La grande importance que nous accordons à ce détail anatomique sera justifiée, nous l'espérons, lorsque nous montrerons, par les faits cliniques, que c'est sur lui en particulier que nous basons la pathogénie de l'affection qui fait l'objet de cette étude.

2° *Lymphatiques de l'utérus.*

Les lymphatiques de l'utérus sain ne nous arrêteront pas longtemps, puisque nous savons que cet organe n'affecte pas de rapports immédiats avec le rectum. Leur description est aussi complète que possible dans le remarquable mémoire du D^r Poirier. Nous lui emprunterons donc largement les quelques détails qui vont suivre; mais nous tenons à signaler, dès maintenant, une particularité du système lymphatique de cet organe, sur laquelle insiste avec forte raison, à notre avis, l'auteur cité; à savoir : « *que les lymphatiques utérins, tant superficiels que profonds, s'anastomosent entre eux dans toutes les parties de l'organe.* »

Ce fait anatomique est de la plus grande importance pour nous, car s'il est réel dans l'utérus sain et normal, nous le trouverons encore plus démon-

tratif lorsque nous envisagerons bientôt l'utérus pathologique.

Dans l'utérus normal nous décrirons avec M. Poirier :

1° Les lymphatiques qui naissent de la couche muqueuse ;

2° Les lymphatiques de la couche musculieuse ;

3° Les lymphatiques superficiels ou lymphatiques du péritoine utérin.

A. — *Lymphatiques de la couche muqueuse.*

Les lymphatiques de cette couche sont extrêmement difficiles à injecter, du moins pour ceux du corps, car ils sont très friables et se rompent très facilement. Ils forment en général un réseau à mailles assez larges constitué par des capillaires volumineux. Le réseau du col est plus facile à injecter. Il a été bien décrit par M. Sappey dans son anatomie du système lymphatique ; et les recherches récentes n'ont pu rien apporter à sa description. Ce réseau est d'une richesse incomparable.

B. — *Lymphatiques de la couche musculieuse.*

Le réseau lymphatique de la tunique musculaire de l'utérus est d'une telle richesse, qu'il suffit, surtout chez les jeunes sujets, de piquer un des angles utérins pour injecter d'emblée tout le système lymphatique de l'organe. On voit alors le mercure émerger de toute la périphérie du col, sous forme de

deux ou trois gros troncs qui, après s'être répandus en un fin réseau dans le tissu cellulaire vésico-utérin et utéro-rectal, se continuent avec les troncs efférents accolés à l'artère utérine ; troncs que nous retrouverons bientôt en étudiant les points de convergence des lymphatiques des différentes couches de l'utérus.

Si la piqûre a porté sur le fond de l'utérus, on voit immédiatement de gros vaisseaux se dessiner dans le tissu sous-séreux de l'organe, émerger de celui-ci au niveau de l'origine de la trompe et cheminer, au nombre de deux ou trois, le long du bord supérieur du ligament large au-dessous de la trompe et de l'ovaire.

C. — *Lymphatiques de la couche sous-séreuse de l'utérus.*

Après une lecture attentive des auteurs anciens, Morgagni, Cruikshank, Mascagni ; des modernes, Lucas-Championnière, Fridolin, Léopold, il n'est plus douteux pour nous, qu'au D^r Poirier revient l'honneur d'avoir montré le premier, par des préparations anatomiques, l'existence de ces lymphatiques sous-séreux de l'utérus.

On sait, par les classiques, que le professeur Sappey n'admet pas les lymphatiques des membranes séreuses. Or, d'autre part, il ne faut pas oublier à ce sujet les recherches de Rechlinghausen et celles de Ranvier sur les stomates ou les puits lymphatiques des membranes séreuses. Sur le péritoine qui recouvre l'utérus, ou mieux sous le péritoine, avant même

la couche cellulaire qui unit cette séreuse à l'organe, il est indéniable qu'il existe un véritable réseau lymphatique, anastomosé largement avec les vaisseaux propres de l'organe.

Avant M. Poirier, nous devons dire d'ailleurs avec cet auteur, qu'il est presque certain que Vladislav Mierzejewski (1) avait vu en partie ces lymphatiques de la couche sous-séreuse. Quoiqu'il en soit, c'est M. Poirier qui à l'aide des injections mercurielles, a bien montré ce réseau sous séreux qui, avec les faits d'ordre pathologique que nous invoquerons bientôt, présente pour notre cause la plus grande importance. Ce détail anatomique, que nous avons pu voir et vérifier sur les préparations de notre maître le Dr Morau, n'intéresse pas seulement les propagations des infections de l'utérus au rectum, mais il a encore une plus haute signification, car il explique, d'une façon satisfaisante pour l'esprit, le retentissement de l'infection de l'utérus ou de ses annexes à la séreuse qui enveloppe ces organes d'une manière générale et au tissu cellulaire du petit bassin.

Telle est l'origine des lymphatiques utérins : Nous devons montrer rapidement les divers points de convergence des troncs nés des différentes couches de l'organe. D'une manière générale, on peut diviser les lymphatiques utérins en deux grands

1. Vladislav-Mierzejewski. *Recherches sur les lymphatiques de la couche sous-séreuse de l'utérus* (Journal de l'anatomie, 1879).

groupes, reliés entre eux, il est vrai, par de larges anastomoses :

1° Les lymphatiques du col utérin.

2° Les lymphatiques du corps.

Les lymphatiques du col, nés des couches muqueuses et musculaires, forment autour du col de véritables cercles concentriques à direction transversale (1), ils s'anastomosent entre eux et forment finalement deux ou trois troncs volumineux qui, s'accolant aux vaisseaux utérins (artère et veines) se dirigent avec ces derniers en dehors, passent derrière l'uretère, suivent le bord inférieur du ligament large et aboutissent à la paroi latérale du bassin. Là ils remontent le long de la paroi pelvienne en haut et en dehors, et se jettent dans deux ou trois ganglions pelviens situés dans l'angle de bifurcation de l'artère iliaque primitive.

Cette disposition anatomique est importante à retenir, car elle permet de comprendre comment une infection localisée au col peut enflammer ces ganglions, les hypertrophier et par suite les rendre, ainsi que le fait remarquer M. Poirier, sensibles « à un toucher vaginal ou rectal profond, intentionnel-

1. C'est ce peloton lymphatique péri-cervical qu'on a pu considérer comme un ganglion para-cervical (Lucas-Championnière). Les professeurs Sappey et Poirier n'ont jamais pu rencontrer d'une façon constante ce ganglion décrit par Lucas-Championnière. De son côté, Morau, dans ses recherches, a toujours trouvé la disposition figurée et décrite par M. Poirier dans son mémoire déjà cité.

lement dirigé en haut et en dehors vers les parois de l'excavation pelvienne ».

Les lymphatiques du corps de l'utérus apparaissent à la surface de l'organe dans la trame celluleuse qui l'unit au péritoine. De la face antérieure et de la face postérieure naissent des troncs qui convergent vers les angles utérins, s'engagent dans le bord supérieur du ligament large en s'accolant à l'aîère utéro-ovarienne, et se terminent dans les ganglions lombaires.

Pour être complet nous devons ajouter qu'on voit souvent (Poirier, Morau), se dégager du fond de l'utérus un fin vaisseau qui suit le ligament rond, s'engage avec ce dernier dans le canal inguinal et vient se terminer, comme l'a vu une fois Poirier, dans un ganglion de l'aîne.

Si les lymphatiques de l'utérus sain et normal ne nous ont présenté rien de particulier à signaler, il n'en est plus de même des lymphatiques que l'on peut injecter sur des utérus pathologiques, et en particulier des utérus qui présentent des adhérences plus ou moins anciennes. Ces adhérences sont on ne peut plus fréquentes sur les utérus adultes, et cela s'explique facilement si l'on songe, d'une part, qu'il n'est guère de femmes n'ayant subi au cours de sa vie génitale quelque inflammation génitale, et d'autre part, que les lymphatiques de la couche sous-endothéliale du péritoine utérin communiquent largement avec les lymphatiques des couches musculuse et muqueuse de l'organe. Ce n'est pas à dire, ainsi que le fait remarquer M. Poirier, que toutes les

femmes à passé gynécologique aient présenté à un moment ou à un autre de lapelvi-péritonite, mais il est certain, et les faits cliniques parlent avec les faits anatomiques, que toute infection vagino-utérine se manifeste toujours par une inflammation plus ou moins lente, plus ou moins diffuse, dont la voie de propagation est fatalement les vaisseaux lymphatiques, et se traduit en anatomie pathologique, par le bourgeonnement de ces vaisseaux et finalement par la production de ces adhérences qui ne sont, ainsi que l'a montré M. Poirier, que *des végétations lymphatiques*, pour employer son expression si imagée.

Ces adhérences sont surtout formées de tissu lymphatique et, en les piquant directement avec le tube capillaire à injection, on peut voir qu'elles « *sont uniquement formées d'un admirable réseau lymphatique, prolongement des réseaux du péritoine utérin* » (Poirier).

En injectant des adhérences relativement récentes, Morau a pu même comparer le tissu dont elles étaient formées à celui d'un ganglion lymphatique étalé, tant l'aspect du mercure était semblable à celui qu'il présente dans un ganglion normal injecté. Or, ces adhérences utérines sont de beaucoup plus fréquentes sur la face postérieure de l'organe que sur la face antérieure. Sur deux sujets adultes, chez lesquelles existaient des adhérences utéro-rectales, Morau (1), dans ses recherches récentes, a pu injecter

1. Morau, *loco citato*.

ter au mercure ces adhérences. Cet auteur a, dans un cas, vu le métal non-seulement envahir tout le tissu constitutif de l'adhérence, mais encore passer sur toute la paroi correspondante du rectum, y former un réseau dont les troncs efférents se joignaient à ceux qui appartiennent en propre à l'organe et qui se rendent aux ganglions du méso-rectum.

Nous appelons, d'une façon toute particulière, l'attention sur ce détail anatomique qui, au premier abord, peut sembler de minime importance, mais qui, pour la cause que nous soutenons, présente le plus grand intérêt. Il nous servira, en effet, à établir la pathogénie de l'affection qui fait l'objet de cette étude, sur des bases anatomiques irréfutables, car il démontre expérimentalement que, entre les systèmes lymphatiques de l'utérus et du rectum, il n'y a pas seulement des rapports *de contiguité*, comme on le croyait jusqu'alors, mais qu'il y a bien des rapports *de continuité*.

D. — *Lymphatiques de la trompe et de l'ovaire.*

Les lymphatiques de ces organes ne font pas à proprement parler partie du cadre de notre sujet. Néanmoins, nous ne pouvons résister à l'envie de les signaler rapidement pour conserver à cette courte revue anatomique son homogénéité; d'autant que dans l'étude des lymphatiques tubaires, les recherches récentes peuvent donner un appoint bien éloigné, il est vrai, mais réel cependant à l'opinion que nous défendons.

Les lymphatiques tubaires, très difficiles à injecter, naissent très probablement des tuniques de cet organe d'après des raisons tirées de l'anatomie comparée et de l'embryologie, mais dont la preuve directe n'a pu encore être fournie par l'expérimentation (Poirier).

Quoiqu'il en soit, en piquant l'angle utéro-tubaire on voit deux ou trois troncules se dessiner sur le bord inférieur de la trompe, suivre les vaisseaux utéro-ovariens et se rendre avec les troncs lymphatiques émanés du fond de l'utérus aux ganglions lombaires.

Jusqu'à nos jours, les divers auteurs n'ont jamais signalé de lymphatiques dans cette portion du péritoine qui forme l'aileron postérieur du ligament large et qui constitue cette région décrite sous le nom de *fimbria ovarica* (Henle), ou de *péritoine tubo-ovarique* (Morau) (1). Or, dans les préparations que nous avons eu l'occasion de voir, préparations dues au D^r Morau, nous avons été frappé par la finesse du réseau lymphatique de cette portion du ligament large.

Nous avons noté ce fait car, étant donné les nombreuses anastomoses des différents systèmes lymphatiques des organes qui forment l'appareil génital de la femme, nous avons pu nous expliquer les propagations si fréquentes des infections de l'une des

1. H. Morau. *Du péritoine tubo-ovarique et de son rôle dans la fécondation*. Journ. de méd. de Paris, 1892. Comptes-rendus Société de biologie, 1892.

pièces de l'organe à la voisine et réciproquement, sans avoir besoin pour cela d'invoquer la voie muqueuse (Pichevin) (1).

Les lymphatiques de l'ovaire sont surtout remarquables par leur volume considérable et la facilité qu'ils présentent à l'injection. Ceux du côté gauche se jettent dans des ganglions situés en avant de l'aorte; ceux du côté droit dans des ganglions placés en avant de la veine-cave. Mais, dernier détail qui montre bien les connexions intimes qui existent entre les différentes pièces du système lymphatique de l'appareil génital, les vaisseaux ovariens s'anastomosent, par des voies récurrentes en quelque sorte, ainsi que l'a bien montré M. Poirier avec les vaisseaux similaires venus du corps utérin. C'est au niveau d'une ligne transversale passant par la cinquième vertèbre lombaire que se fait cette anastomose, de telle sorte qu'il est fréquent sur de jeunes sujets en injectant le fond de l'utérus de remplir en même temps tout le réseau ovarien.

Circulation de la lymphe dans l'appareil génital de la femme.

Nous avons vu dans cette courte revue des lymphatiques de l'appareil génital de la femme :

1° Que les lymphatiques du tiers supérieur du vagin s'anastomosent aux gros troncs lymphatiques

1. Pichevin. *Journ. de méd. Paris*, Janvier 1895.

venus du col utérin et se rendent avec ceux-ci aux ganglions du plexus iliaque.

2° Que les lymphatiques utérins, tant superficiels que profonds, s'anastomosent entre eux dans toutes les parties de l'organe.

3° Que ces mêmes lymphatiques utérins s'anastomosent par voie récurrente avec les lymphatiques de l'ovaire par l'intermédiaire des ganglions lombaires situés vers la cinquième vertèbre lombaire.

4° Que les lymphatiques ovariens s'anastomosent avec les lymphatiques utérins par l'intermédiaire du réseau sous-séreux de l'utérus.

5° Qu'enfin les lymphatiques tubaires eux-mêmes, sont tributaires eux aussi de ce réseau sous-séreux utérin.

Ces anastomoses démontrées, il n'est plus difficile de comprendre le fait si intéressant signalé par Poirier, à savoir : la circulation rétrograde de la lymphe dans tout ce système canaliculaire. Il est arrivé, en effet, à cet auteur de voir le mercure cheminer dans les vaisseaux lymphatiques contrairement au sens normal du courant indiqué par la direction des valvules.

C'est ainsi, qu'en piquant une des cornes utérines, Poirier a vu le mercure pénétrer les vaisseaux lymphatiques venus de l'ovaire, au niveau de leur anastomose avec ceux de l'utérus, et remonter sur une longueur de plusieurs centimètres vers le hile de l'ovaire.

Ces faits de circulation rétrograde avaient été noté

déjà, il est vrai, par Cruikshank, Strauss, Reclinghausen, mais il était réservé à M. Poirier d'en démontrer expérimentalement l'existence. Nous savions, d'autre part, depuis les recherches de Bourceret que, une telle circulation rétrograde existait également dans les veines, mais il nous plaît d'insister tout particulièrement sur ces détails anatomiques car, en même temps qu'il nous servira d'argument primordial pour la cause que nous défendons, il nous permettra aussi, chemin faisant, d'expliquer ces infections rétrogrades de proche en proche ou à distance, sur lesquelles Troisier avait déjà appelé l'attention et que les gynécologistes modernes semblent vouloir oublier, en invoquant pour unique cause de l'infection, la voie muqueuse.

Pour nous, à l'heure actuelle, il n'est pas douteux que les divers organes qui forment l'appareil génital féminin ne sont en connexion intime entre eux, principalement par l'intermédiaire de leurs vaisseaux lymphatiques. De telle sorte que, l'un quelconque de ceux-ci étant infecté, l'agent pathogène se propage immédiatement par ces anastomoses lymphatiques, vers le *locus minoris resistentiæ* de nos pathologistes modernes.

Que si, au contraire, les voies premières se trouvent infectées, l'agent pathogène pourra rester en lui à l'état *latent* (Verneuil) jusqu'au moment où il trouvera les conditions nécessaires à son évolution.



HISTORIQUE

DE LA COLITE MUCO-MEMBRANEUSE CHEZ LES UTÉRINES.

HISTORIQUE

L'attention des observateurs a été depuis longtemps attirée sur les selles glaireuses ou membraneuses qui sont le signe capital de la forme d'entérite chronique qui fait l'objet de notre étude.

On en trouve, en effet, la mention dans les œuvres de Morgagni (1), Fernel (2), Van Swieten (3), Gendrin (4), Cruveilhier (5), Grisolle (6), Graves (7).

1. Morgagni. 31^e lettre sur les flux de ventre.
2. Fernel. *Pathologie*, livre VI, page 157.
3. Van Swieten. *Diarrhea febrilis*, tome II, page 374.
4. Gendrin. *Traité philosophique de médecine pratique. Des fièvres dyspeptiques ou assodes*, tome III, page 23.
5. Cruveilhier. *Anatom. Path. générale*, tome IV, page 451.
6. Grisolle. *Pathologi interne*, tome II, page 728, 2^e édition.
7. Graves. *Clinique médicale*, 2^e édit., tome II, page 326.

Mais, pendant longtemps, elles furent confondues avec les productions fibrineuses ou croupales.

Ce n'est qu'en 1861, que M. Laboulbène (1), dans ses belles recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses, sépara nettement les muco-membranes des fausses membranes vraies, et décrivit les caractères différentiels qui permettent de les distinguer les unes des autres, en se basant sur leurs caractères macroscopiques et leur structure histologique.

En 1868, deux communications de Guyot (2) et de Siredey (3) à la Société médicale des hôpitaux attirèrent de nouveau l'attention des observateurs sur ce sujet.

Le mémoire de Siredey marque même une date importante dans l'histoire de l'affection, car il contient un résumé de toutes les opinions émises sur la pathogénie de cette forme d'entérite.

A une époque plus rapprochée de nous, nous devons citer les descriptions que font les professeurs Germain Sée (4) et Potain (5), les études de

1. Laboulbène. *Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses*. Paris, 1861.

2. Guyot. *Société méd. des Hôpitaux*. Bulletins 1868.

3. Siredey. *Société méd. des Hôpitaux*. Bulletins 1868.

4. Germain Sée. *Du régime alimentaire. Traité hygiénique des maladies, 1887. Les intestinaux*, page 338. *Des méprises entre les maladies de l'estomac et celles de l'intestin*. *Bulletin de l'académie de médecine*. 26 décembre 1893.

5. Potain. *Semaine médicale*, 1894.

MM. Malibran (1) et A. Mathieu (2), les revues de MM. G. Lyon (3) et Richardière (4).

La question de la colite muco-membraneuse est même toute d'actualité; en même temps qu'on connaît mieux les caractères histologiques et cliniques des muco-membranes, on cherche à préciser le mécanisme intime de leur production et à déterminer en particulier les causes qui la favorisent.

On montre la fréquence de cette forme d'entérite chez les femmes nerveuses (Hystérie, neurasthénie), et chez les femmes atteintes d'affections diverses des organes génitaux profonds.

C'est ce point particulier qui fera l'objet de notre étude et, comme l'indique le titre de notre travail, nous nous proposons de préciser les conditions qui expliquent cette association de lésions intestinales et de lésions utérines.

La coexistence des selles glaireuses et des affections utérines a été pour la première fois signalée par Nonat (5) en 1860.

Dans la seconde édition de son *Traité Pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes* (1874), il fait remarquer que l'entérite glaireuse n'avait pas

1. Ch. Malibran. *L'atonie intestinale et ses complications*. Paris, 1883.

2. A. Mathieu. *De l'entérite muco-membraneuse. Traité de méd.*, tome 3.

3. G. Lyon. *L'entérite muco-membraneuse. Gazette des hôpitaux*, 1894.

4. Richardière. *L'entérite muco-membraneuse. Union méd.*, 1^{er} janvier 1895.

5. A. Nonat. *Traité Pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, 1860, 2^e édition 1874.

été encore signalée dans les traités des maladies de l'utérus antérieurs à la première édition de son ouvrage.

Mais, ajoute-t-il, « cette complication est généralement admise depuis que nous avons appelé sur elle l'attention des observateurs. Cette entérite glaireuse est un symptôme de voisinage, que l'on retrouve dans nombre d'affections de l'utérus et de ses annexes, mais plus particulièrement dans la métrite et dans les phlegmasies péri-utérines ».

Dans son mémoire de 1868, Siredey (1) signale « certaines entérites secondaires, ou de voisinage, comme celles que détermine souvent une inflammation utérine ou péri-utérine, et qui donnent lieu à cette sécrétion glaireuse de l'intestin bien décrite par Nonat ».

Findley (2), en 1875, fait remarquer que l'expulsion de matières glaireuses a coïncidé avec une dysménorrhée glaireuse.

Litten (3) signale la fréquence de cette variété d'entérite chez les femmes atteintes d'affections utérines, particulièrement de catarrhe utérin.

E. Monod (4), de Bordeaux, avoue en 1893 « avoir vainement cherché dans les *Traité cliniques de gynécologie* une mention quelconque de l'entérite

1. Siredey. (*Loco citato*) page 77.

2. Findley. *American journal of medical sciences*. 1875.

3. Litten. *Berlin. Klinich. Wochens.*, 1888, n. 29, page 592.

4. E. Monod. *De l'entérite pseudo-membraneuse en gynécologie*, in *Annales de la Polyclinique de Bordeaux* (Mai 1893).

muco-membraneuse dans le cortège des symptômes de voisinage qui accompagnent les maladies des organes génitaux internes de la femme ». Les citations que nous avons faites précédemment prouvent que la coïncidence de deux affections avait été bien nettement établie avant l'apparition de son intéressant mémoire.

C'est toutefois avec juste raison que ce même auteur fait remarquer que « si l'histoire clinique de la colite-chronique est aujourd'hui assez bien connue, les auteurs semblent s'être peu préoccupés de rechercher les liens qui peuvent les rattacher à une affection de l'utérus ou de ses annexes ».

C'est ce desideratum que nous avons en partie cherché à combler.

En 1893, M. Ozenne (1) fait à la Société médicale du IX^e arrondissement une très importante communication sur la colite pseudo-membraneuse chez les utérines.

Les faits qu'il rapporte et la discussion qui suivit la lecture de ses observations, montrent combien est intéressante la recherche des liens étroits qui unissent entre elles les deux affections.

Tout dernièrement encore (janvier 1895) la même société médicale avait mis à nouveau à son ordre du jour la pathogénie de la colite muco-membraneuse survenant au cours d'affections utérines ou péri-utérines.

1. Ozenne. *De la colite pseudo-membraneuse chez les utérines* (*Journal de médecine de Paris*, Décembre, 1893).

M. Henry Morau (1), en se basant sur l'étude de l'appareil lymphatique des deux organes (utérus et rectum) montra comment dans certains cas se faisaient les propagations microbiennes et dès lors les propagations inflammatoires.

ÉTUDE CLINIQUE

L'étude clinique de l'affection qui nous occupe doit, pour être complète, comprendre deux parties bien distinctes.

Dans l'une, il nous faudrait passer en revue les différents signes et les diverses manifestations symptomatiques par lesquels se traduisent au clinicien les affections de l'utérus ou de ses annexes. Dans l'autre, nous devrions étudier la symptomatologie de la colite muco-membraneuse et montrer sa fréquence chez les utérines, en donnant à ce mot son sens le plus large.

La première partie ne peut trouver place dans notre modeste travail, car elle en dépasserait les bornes; il nous faudrait en effet passer en revue toute la gynécologie, et montrer en particulier par quels moyens d'investigation le médecin est amené à reconnaître l'existence d'une affection utérine et à établir un diagnostic précis.

On pourra, en parcourant les observations que nous avons annexées à notre étude, voir combien

1. Henry Morau. *Journal de médecine de Paris* (Janvier 1895).

sont nombreuses les affections utérines qui peuvent s'accompagner de manifestations du côté du gros intestin.

Le groupement que nous avons choisi, permettra de retrouver l'association pathologique dans les cas les plus simples et dans ceux qui sont plus graves et souvent aussi plus complexes.

Nous supposons donc que le diagnostic de l'affection utérine, cause première des accidents intestinaux, est nettement déterminé et nous donnerons tous nos soins à la description clinique de la colite muco-membraneuse, car c'est elle que nous avons surtout le projet de bien étudier.

L'entérite ou mieux la colite muco-membraneuse est, comme l'ont noté tous les auteurs qui l'ont observée et décrite, surtout fréquente chez la femme.

Les quelques observateurs qui ont établi des statistiques, comme Litten (1), par exemple, comptent 80 femmes sur 100 malades qui rendent des muco-membranes. Ils parlent de femmes nerveuses, hypochondriaques, hystériques, ayant des habitudes sédentaires et notent chez toutes la constipation.

Il résulte de l'ensemble de nos recherches que la colite muco-membraneuse est surtout fréquente chez les femmes qui ont une affection le plus souvent chronique de l'utérus ou de ses annexes. Nous n'avons point cherché à établir à notre tour de sta-

1, Litten, *Berlin. Klinich. Woch.*, n. 29, page 592, 1888.

tistique, mais la fréquence nous a paru être telle, que les gynécologistes ne devront jamais manquer de porter leurs investigations du côté des fonctions de l'intestin et plus particulièrement du côté des selles, lorsqu'ils se trouveront en présence d'une utérine.

Bien souvent, en effet, ayant attiré sur ce point l'attention des malades, ils apprendront que depuis un temps plus ou moins long elles rendent des muco-membranes en plus ou moins grande abondance, et que le rejet de ces matières est le plus souvent accompagné de paroxysmes douloureux.

D'autres fois, ce sont les malades qui, ayant remarqué la présence de rubans ou de lambeaux dans leurs garde-robes viennent effrayées, demander conseil à leurs médecins et chercher un remède aux douleurs abdominales qu'elles ressentent et « à la grave affection » dont elles se croient atteintes. Le plus souvent, ce sont des malades qui depuis plusieurs années souffrent du ventre, ou présentent les symptômes d'une affection utérine, car il est bien rare que la colite muco-membraneuse apparaisse dès le début d'une affection utérine aiguë.

Les anciens auteurs, et en particulier Nonat, avaient noté la coexistence de la colite muco-membraneuse et de la leucorrhée et avaient admis une diathèse catarrhale portant sur la muqueuse utérine et sur la muqueuse intestinale.

Il est donc, en pratique, assez difficile de préciser le début de la colite et c'est bien souvent par hasard que le médecin en découvre l'existence. Quoiqu'il

en soit, lorsqu'elle existe, l'affection est nettement caractérisée par un ensemble de signes et de symptômes qu'il nous faut maintenant analyser. Les uns sont fournis par l'examen des matières fécales, les autres par les sensations douloureuses qu'éprouvent les malades, et par les troubles consécutifs qui surviennent dans l'état général de la nutrition.

L'analyse de chacune de ces manifestations cliniques est intéressante car elle nous permettra d'arriver à un diagnostic certain.

1^o Constipation.

La constipation est la règle dans la colite muco-membraneuse.

A l'état normal, la fonction motrice de l'intestin se traduit habituellement par l'expulsion quotidienne d'une selle unique dont nous n'avons pas à décrire les caractères, caractères qui varient d'ailleurs selon le mode d'alimentation.

Dans la colite muco-membraneuse, les selles sont plus rares. Les matières fécales subissent un séjour plus ou moins prolongé dans le gros intestin, soit dans l'ampoule rectale, soit dans l'S iliaqué, soit même dans le cœcum et il y a parfois typhlite. Par suite de ce séjour prolongé, les parties liquides du contenu intestinal sont résorbées; il en résulte un dessèchement, un durcissement des matières. Les séances de défécation sont plus espacées qu'à l'état normal, plus ou moins éloignées les unes des autres; il y a *constipation*.

La pathogénie de cette constipation est des plus variable; elle diffère selon les cas. Elle est due parfois à une compression du rectum par un utérus dont la direction normale est modifiée, comme cela s'observe dans l'antéversion, dans la rétroversion. La compression est produite parfois par une tumeur développée aux dépens du corps de l'utérus (corps fibreux) ou des annexes (hydro-salpinx, kystes de l'ovaire, etc.). D'autres fois, comme cela s'observe chez les utérines qui ont beaucoup maigri ou qui ont eu des grossesses répétées, c'est la sangle musculaire abdominale qui fait défaut ; nous aurons plus loin l'occasion de nous expliquer sur ce relâchement des parois de l'abdomen.

Il pourra enfin, dans les poussées inflammatoires aiguës qui surviennent au cours d'une affection utérine à marche chronique, s'agir d'une paralysie ou tout au moins d'une parésie réflexe des plans musculaires lisses de l'intestin, ou encore de troubles dans la contractilité du muscle releveur de l'anus lorsqu'à son voisinage, ou dans les culs-de-sac, existent des foyers de suppuration.

2° Caractères des selles.

Les caractères que présentent les selles sont des plus importants et constituent un des symptômes capitaux de l'affection.

D'une façon générale, connue chez tous les constipés, les matières alvines sont dures et sèches ; au

lieu de constituer un bol fécal homogène, elles forment des agglomérations arrondies de volume variable, comparable à des billes ou à des marrons ; ce sont les classiques *scybales*. D'autres fois, c'est un bloc volumineux qui stationnait depuis quelque temps non loin de l'orifice anal, formant bouchon ; à sa suite sortent des matières pâteuses, diarrhéiques dans lesquelles nagent des *scybales*.

Lorsque des bols plus volumineux sont expulsés, on retrouve la plupart du temps la disparition marquée des blocs primitifs. La simple inspection permet de reconnaître que des parcelles dures de volume et d'âge différents se sont réunies dans l'ampoule rectale ou dans l'S iliaque, et que pendant un séjour suffisamment long dans cette région, elles ont eu le temps de s'agglomérer en une masse unique, sans avoir eu, à cause de leur adhérence, la possibilité de se fusionner en un bloc homogène.

Les selles sont rarement fétides : elles ne le deviennent que quand aux *scybales* se trouvent mélangées des matières liquides. Les matières dures répandent peu d'odeur parce que leur pauvreté en eau est une mauvaise condition pour la multiplication des germes qu'elles renferment (Bouchard), et que les produits liquides de la putréfaction ont été en partie résorbés (Malibran).

Caractères macroscopiques des muco-membranes.

Les garde-robes que nous venons de décrire sont

celles que l'on observe communément chez les constipés. Mais ce qui fait la caractéristique de la colite muco-membraneuse, c'est que les matières rendues sont accompagnées d'éléments étrangers aux selles normales. Ces éléments étrangers sont constitués par du mucus ou des masses muco-membraneuses plus ou moins abondantes et épaissies, et parfois par du sang.

Les matières muqueuses se présentent sous trois formes :

1^o Tantôt c'est du *mucus* simple, comparable à du blanc d'œuf cuit, ou à du frai de grenouille, et que le vulgaire décrit ordinairement sous le nom de *glaires*, par analogie avec les produits de sécrétion que fournissent les muqueuses nasales, pharyngo-laryngée, trachéale et bronchique lorsqu'elles sont irritées. Souvent ce mucus enrobe les scybales et leur forme une enveloppe molle, transparente et diffuente.

Parfois le mucus glaireux est expulsé isolément sous forme de bloc gélatiniforme à l'occasion d'un besoin et le phénomène peut se répéter à plusieurs reprises si la sécrétion est abondante. Ces évacuations sont douloureuses et pénibles, surtout quand elles se répètent à des intervalles rapprochés ; elles déterminent, en effet, des épreintes, du ténesme, et causent après elles, pendant un temps plus ou moins long, une sensation de pesanteur et de lourdeur dans toute la région anale ;

2^o Tantôt on trouve de véritables concrétions de

mucus, comparables à du blanc d'œuf cuit : elles se présentent sous forme de petites peaux blanches et minces ;

3° La troisième forme comprend *les muco-membranes*. Leur aspect est variable ; elles se présentent parfois sous la forme de filaments blanchâtres, ou sont parfois étalées en véritables membranes blanchâtres formant des morceaux de ruban plus ou moins longs, allongés, et plus ou moins épais. Leur coloration est souvent grisâtre.

On a signalé des cas où le mucus était rendu sous forme de cylindres plus ou moins volumineux et longs. Marchand, de Halle et Lowe en 1879, ont montré qu'il s'agissait d'une adhérence réciproque des membranes effectuée dans l'intestin avant leur expulsion. La longueur de ces concrétions muqueuses est des plus variables ; tantôt elles sont divisées en fragments plus ou moins irréguliers, tantôt elles sont rendues sous forme de rubans allongés mesurant 10, 20, 30 centimètres, parfois un demi-mètre.

Le plus souvent ces trois variétés de mucus se trouvent associées.

Le mucus transparent enrobe les matières fécales et réunit les unes aux autres les différentes formes de muco-membranes concrétées ; il forme souvent une masse molle, étalée, plus ou moins diffluite autour du bol fécal. Les malades connaissent bien ces différents aspects, et soit spontanément, soit parce que le médecin attire leur attention sur ce point, elles vous décrivent, soit de longues peaux,

soit des lambeaux ressemblant à des rubans moulés sur l'intestin ou à des vers; elles parlent encore souvent de fragments translucides rappelant le macaroni, de râclures intestinales. Bien souvent aussi les malades, expulsent ordinairement quelques fausses membranes, en rendent davantage lorsqu'elles prennent des lavements et se hâtent dès lors d'accuser le lavage intestinal de les rendre plus souffrantes. « Les selles sont bien plus mauvaises, disent-elles, depuis que je prends des lavements. »

Cela tient tout simplement, comme le fait remarquer avec juste raison Malibran, à ce que l'intestin atonique conserve beaucoup de choses qui adhèrent solidement à ses parois, et que le lavage fait place nette en expulsant les matières durcies et les produits de sécrétion anormaux. Mais si le produit du lavage effraie les patientes, il n'en est pas moins vrai que l'organe lavé ne peut s'en trouver que mieux.

Toutefois, le lavement peut être d'emblée ou devenir irritant et exagérer le catarrhe et son symptôme, à savoir l'excrétion de mucus glaireux. C'est d'ailleurs un point sur lequel nous aurons à revenir quand nous nous occuperons du traitement.

Parfois les gardes-robes contiennent *du sang*; ou bien les muco-membranes sont simplement striées de sang à leur face externe, ce qui, pour certains auteurs, est la preuve de leur adhérence à l'intestin dont elles sont arrachées; ou bien il s'agit de sang pur, le plus souvent rendu sous forme de petits cail-

lots rougeâtres ou de grumèaux noirâtres, rarement de sang liquide et abondant. Il ne s'en trouve que lorsqu'il y a coexistence d'hémorroïdes internes ou externes, coexistence qu'explique l'habituelle constipation des malades.

La présence du sang en quantité variable peut être l'origine d'erreur de diagnostic.

Caractères histologiques des muco-membranes.

Lorsqu'on isole les muco-membranes pour les étudier, on voit qu'on peut les laver dans l'eau sans les rendre plus diffuses; au contact de l'alcool le mucus se durcit, devient concret et blanchâtre. L'examen microscopique peut se faire sur des membranes fraîchement tenues et qu'on a eu soin de laver, ou sur des portions qui ont été deshydratées dans l'alcool et durcies par ce réactif. On reconnaît, avec ou sans réactifs colorants, qu'elles sont formées par une masse homogène, le mucus contenant des éléments épithéliaux, des noyaux, des granulations, quelquefois des globules rouges et des leucocytes.

Caractères bactériologiques.

Si on pratique l'examen bactériologique d'après les méthodes ordinaires, on constate la présence de nombreux micro-organismes affectant les formes les plus diverses, et se présentant, tantôt sous la forme de cocci, tantôt sous la forme de bâtonnets. Dans une intéressante observation que nous devons à

M. Girode (voir Obs. XVI) il existait surtout du colibacille. Cet auteur, dont la compétence bactériologique est bien connue, pratiqua sur des plaques de gélatine des ensemencements, avec un petit fragment de lambeau muco-membraneux. Les cultures qu'il obtint ont donné exclusivement production à du coli-bacille, et des injections intra-veineuses pratiquées sur le lapin ont montré qu'elles étaient très virulentes.

Caractères chimiques des muco-membranes.

Comme le fait remarquer le professeur G. Sée, les analyses micro-chimiques ont été à peine pratiquées. Il y a deux ans Kitagara(1) observa sept cas avec la contexture suivante ;

1° Des masses lamelleuses dont la substance fondamentale devint légèrement trouble et striée sous l'influence de l'acide acétique;

2° D'autres amas lamelleux qui s'éclaircirent par l'acide acétique ;

3° Des masses solides rubannées, en réseaux anastomotiques, paraissaient souvent agglomérées par un mucus ordinaire ; le fond devint plus strié et opaque par l'acide acétique.

Dans les deux premières séries, la masse consistait principalement en des éléments cellulaires avec détritrus, tandis que la substance intercalaire avait rétrogradé. Dans le troisième groupe, les éléments

1. Kitagara. *Zeits. fur Klinisch. med.* Baud. XVIII, page 9.

cellulaires étaient moins abondants. Dans tous les cas les éléments principaux se montrent exempts de matière colorante biliaire, car il faudrait que celle-ci se formât dans le gros intestin, ce qui est impossible (Germain Sée).

D'après le professeur Potain, les sels qu'on rencontre dans les excréments intestinaux sont des phosphates et de la cholestérine.

D'après Pariser (1), la réaction bi-acide d'Ewald démontre la présence de la mucine à l'exclusion de la fibrine. L'analyse chimique indique, en effet, presque toujours l'absence de fibrine et la présence de *globuline* en très petites quantités. La partie dominante des membranes est une *albumine*, très résistante, coagulée, tandis que la substance fondamentale forme ordinairement un corps mucineux, exceptionnellement une substance albuminoïde où la graisse manque rarement.

On peut, avec M. le professeur Germain Sée, se demander quel est le processus qui préside à cette formation et ce qu'est le mucus.

« Autrefois, dit cet auteur, on désignait sous le nom de mucus toutes les substances coagulées et gonflées. On ne reconnaît aujourd'hui que les liquides qui ont la propriété spéciale d'attraction des particules essentielles. Cette attraction fait que le liquide ne forme pas de gouttelettes, mais se laisse tirer en filaments. Ces solutions sont filtrables sur le papier.

1. Pariser, cité par Richardière, *loco-citato*, page 3.

Au point de vue de la composition moléculaire, ces substances constituent des protéïdes ou albumines composées dont la principale est la mucine : c'est un glycoproteïde, c'est-à-dire un albuminate combiné avec un corps du groupe du sucre ou hydrate de carbone, différent de la nucléïne qui est un phosphore-proteïde.

La muscine, quelle qu'en soit l'origine, est insoluble dans l'eau pure, soluble dans les liquides alcalins dilués, et si ceux-ci ne sont pas trop considérables, la mucine prend une texture filamenteuse. Elle est précipitée par l'alcool et surtout par l'acide acétique, mais ce dernier précipité est empêché par la présence de sels neutres, surtout par le chlorure de sodium. Ce qui est surtout caractéristique, c'est qu'elle ne possède pas les réactions de l'albumine normale par le ferrocyanure potassique acétique. Ainsi, aucune analogie avec les albuminates vrais, et surtout avec la fibrine ; celle-ci manque complètement dans les exsudats muco-membraneux. Cette absence de fibrine est pour M. Germain Sée tout-à-fait caractéristique, et il en déduit que les productions muco-membraneuses ne sont pas d'origine inflammatoire.

3° *La douleur.*

Les douleurs abdominales elles aussi, figurent en première ligne parmi les symptômes qui accompagnent la colite muco-membraneuse, elles peuvent

être spontanées ; le plus ordinairement en effet les selles muco-membraneuses sont précédées de coliques parfois légères et passagères, parfois extrêmement vives et comparables par leur intensité aux douleurs de la colique hépatique ou de la colique néphrétique. Les coliques qui souvent précèdent de quelques heures les évacuations et qui augmentent d'intensité à mesure que celles-ci sont plus prochaines, sont fréquemment localisées à la partie gauche du ventre et suivent le trajet du côlon descendant ou de l'S iliaque.

Elles peuvent être généralisées à tout le ventre ou encore avoir leur maximum au niveau du côlon transverse ; c'est même à ce niveau, d'après le professeur Potain, que se produisent surtout les accès douloureux paroxystiques de l'entérite muco-membraneuse. Une autre localisation peut encore exister dans la fosse iliaque droite et avoir pour siège le cœcum ; cette portion du gros intestin peut en raison même de la constipation être le siège d'une stase stercorale qui finit, lors qu'elle est de longue durée par irriter ses parois.

Les coliques, survenant aussi par crises paroxystiques, se calment en général après l'évacuation des produits membraneux ; mais il peut rester une sensibilité très grande du ventre, sensibilité qu'éveilleront les mouvements, la fatigue, les secousses. Enfin la douleur spontanée peut présenter des exacerbations au moment des règles.

La douleur peut être provoquée par la palpation,

du ventre. Celle-ci est le plus souvent facile, car chez nombre d'utérines il existe un relâchement considérable de toute la paroi abdominale. Surtout chez celles qui ont eu plusieurs grossesses ou qui ont beaucoup maigri, la sangle abdominale a perdu sa résistance et sa contractilité, la peau est flasque et couverte de vergetures dûes, comme on le sait à la rupture des fibres élastiques du derme, les muscles sont mous et peu contractiles, les aponévroses sont peu résistantes ; il existe souvent de l'éventration qu'on constate facilement en appliquant le bord cubital de la main sur la région médiane et en priant la malade couchée sur le dos de se relever à demi.

Cette perte d'élasticité, de contractilité de la paroi abdominale, et d'ailleurs une cause de constipation, car physiologiquement, dans l'acte de la défécation, les muscles abdominaux ont une part importante.

La douleur provoquée a pour siège les différentes portions du gros intestin et en particulier la région de l'S iliaque, elle a son maximum en pareil cas dans toute la fosse iliaque gauche.

Parfois la palpation est beaucoup plus difficile que dans les cas auxquels nous venons de faire allusion. Au lieu d'avoir un ventre en bissac ou encore un ventre de batracien, certaines malades ont un abdomen tendu et volumineux ; il existe alors du tympanisme, parfois permanent, parfois survenant par accès, au moment des crises paroxystiques, les précédant même quelquefois.

L'intestin se trouve distendu par des gaz et l'ex-

ploration de cette portion du tube digestif devient assez difficile. Dans les cas que nous avons surtout en vue, il y a une importance très grande à préciser le siège des douleurs, car cette localisation permet de bien établir la part qu'il y a à faire dans la production symptôme douleur à l'entérite muco-membraneuse d'une part, et à l'affection utérine ou péri-utérine qui en est la cause d'autre part.

« Lorsque chez les femmes, dit Malibran (1), qui ont à la fois des accidents génitaux et intestinaux, il existe une douleur dans l'aîne plus ou moins constante et parfois irradiée à la cuisse droite, ou bien une douleur mi-pubienne bien indépendante du cœcum, on peut aisément rapprocher ces troubles sensitifs à des lésions génitales, si, par hasard, ces troubles s'accroissent quand l'intestin va moins bien, par exemple, lorsque la constipation est plus marquée ou le cœcum plus distendu, on peut expliquer la recrudescence douloureuse par une compression ou par des tiraillements de la partie malade peut-être adhérente à l'intestin ».

Malheureusement, dans bien des cas, la localisation précise ne sera pas possible, et il sera très difficile d'établir la part qui revient à l'intestin d'une part, aux organes génitaux profonds d'autre part, dans la production des phénomènes douloureux que provoque une palpation méthodique. Il faudra pour arriver à une estimation aussi précise que possible recourir à d'autres moyens d'investigations et en

1. Malibran, *Loco-citato*, page 139.

particulier au toucher. Le toucher vaginal ou associé, comme il convient toujours de le faire, à la palpation abdominale, permettra de reconnaître la lésion de l'utérus ou des annexes, le toucher rectal pourra lui aussi fournir de précieuses indications.

La palpation méthodique de l'abdomen, le toucher rectal et vaginal permettront cependant, dans nombre de cas, de déterminer les deux foyers douloureux, le foyer utérin ou péri-utérin d'une part et le foyer intestinal d'autre part.

La constipation, les selles spéciales, les douleurs spontanées ou provoquées, sont les symptômes capitaux de la colite muco-membraneuse. Mais à cette triade sont le plus souvent surajoutées des modifications qui portent sur l'état général.

De ces modifications les unes ont leur point de départ, dans les affections utérines ou péri-utérines, les autres dans l'intestin. Nous allons étudier plus particulièrement ces dernières.

4° *Symptômes généraux.*

Au point de vue de l'état général, comme le fait justement remarquer Richardière (1), deux cas peuvent se présenter.

Chez quelques malades la diarrhée muco-membraneuse, précédée ou non de coliques, se produit en l'absence de symptômes généraux. L'affection reste locale et se manifeste exclusivement par les

1. Richardière. *Loco citato*, p. 3.

selles spéciales. Dans cette forme, la colite muco-membraneuse est généralement de courte durée. Parfois même il n'y a qu'une ou deux évacuations muco-membraneuses.

Le plus souvent cependant les selles se répètent un certain nombre de fois pendant plusieurs jours, et même pendant plusieurs semaines alternant avec de la diarrhée simple.

Malgré les troubles intestinaux, l'état général reste satisfaisant et la malade peut continuer ses occupations ordinaires. La persistance de la diarrhée muco-membraneuse est la seule conséquence de l'absence de traitement. Dans une autre série de faits, la colite muco-membraneuse s'accompagne d'un état général sérieux. Les malades ont de la fièvre, de l'abattement, parfois du délire et un état typhoïde.

Il existe des troubles digestifs marqués ; la langue est saburrale, l'appétit complètement perdu ; les tentatives d'alimentation amènent des nausées et des vomissements. Les symptômes sont ceux d'une auto-intoxication d'origine intestinale, ils s'observent surtout chez les malades qui présentent des crises répétées de colite muco-membraneuse.

Il faut certainement dans ces cas tenir compte de l'élément microbien. Nous avons vu que les muco-membranes renfermaient un nombre considérable de bactéries ; il est probable que leurs colonies jouent un rôle dans le développement de la maladie

et ce que l'on doit chercher à modifier est le terrain de culture intestinale.

Les accidents d'allure typhoïde sont vraisemblablement des infections secondaires, déterminées par les microbes ou leurs produits de sécrétion (toxines) qui trouvent des portes d'entrée multiples sur une surface muqueuse dépouillée par place de son épithélium.

Le retentissement sur l'état général n'est pas toujours aussi dramatique; il n'en est pas moins très pénible pour les malades. Les troubles généraux observés proviennent et de la lésion utérine et de la lésion intestinale, et leur pathogénie est le plus souvent très difficile à établir. Les malades ont souvent des troubles digestifs, de l'anorexie, de la dyspepsie; elles présentent les signes de la dilatation de l'estomac, parfois de dilatation de l'intestin : elles souffrent d'une façon permanente et se rapprochent du groupe clinique qui a servi à M. Glenard (1), pour édifier sa théorie des ptoses viscérales.

Dans le domaine des manifestations nerveuses nous noterons l'insomnie, la céphalalgie, la nervosité et tout le complexe symptomatique de la neurasthénie; on connaît d'ailleurs aujourd'hui la fréquence de la neurasthénie chez les constipés, et nous ne croyons pas devoir nous étendre plus longuement sur ce point malgré tout l'intérêt qu'il présente.

¹ I. F. Glenard, *Des ptoses viscérales*. Lyon médical.

Dans l'ordre des phénomènes réflexes, M. le professeur Potain a noté du côté du cœur de l'arythmie, des palpitations et même de l'insuffisance tricuspide passagère. On a signalé des accès d'angine de poitrine et de la dyspnée.

Tout dernièrement Cautru (1) a signalé, plus particulièrement chez les jeunes filles, des attaques d'épilepsie. Ces accidents sont d'ordre réflexe et comparables à ceux qui ont été étudiés par Martha lorsque l'intestin abrite des parasites (vers lombrics, *tœnias*).

Richardière a noté de l'albuminurie et de la congestion pulmonaire réflexe.

Lorsque la colite muco-membraneuse est ancienne elle s'accompagne d'un retentissement encore plus marqué sur la santé générale, et ce retentissement se produit par un amaigrissement plus ou moins prononcé, parfois même considérable. Il est dû aux troubles de la nutrition en rapport avec l'anorexie qui est fréquente, et souvent aussi à la crainte qu'ont les malades pour s'alimenter, car nombre d'entre elles ayant remarqué que l'alimentation déterminait les coliques et les selles muco-membraneuses, préfèrent ne pas manger afin de ne pas souffrir.

La périodicité des douleurs, leur répétition, l'insomnie, la neurasthénie, les troubles de l'alimentation et de la nutrition finissent, lorsque l'affection, ce qui d'ailleurs est la règle, se prolonge pendant des

1. F. Cautru. *Complications nerveuses de l'entérite muco-membraneuse* (épilepsie et chorée) *Médecine moderne*, janvier 1895, page 28.

mois ou des années, pour déterminer *une cachexie spéciale* dont on trouvera la description dans quelques-unes des observations que nous avons rapportées. Nous croyons devoir faire remarquer que dans la production de cette cachexie, il faut faire entrer en ligne de compte l'affection utérine, cause première des accidents, surtout lorsque la lésion reconnaît pour cause une infection microbienne et est suppurée.

MARCHE. DURÉE. ÉVOLUTION

La colite muco-membraneuse observée chez les utérines a le plus souvent une durée longue. Elle évolue sous la dépendance d'une lésion de l'utérus ou de ses annexes et par conséquent suit la même marche qu'elle. Ce qui le prouve ce sont les recrudescences que l'on observe au moment des poussées utérines congestives, soit qu'il s'agisse de règles, soit qu'il s'agisse de menstruation douloureuse (dysménorrhée membraneuse signalée par Litten) (1), soit qu'il s'agisse enfin de poussées inflammatoires survenant au cours d'une suppuration péri-utérine.

A ces périodes que nous venons d'indiquer les crises douloureuses se rapprochent, augmentent d'intensité et ne diminuent qu'après l'excrétion des selles muco-membraneuses.

Les intervalles qui séparent les crises sont bien

1. Litten, *Berlin. Klinich. Woch.*, n. 29, page 592, 1888.

variables ; tantôt elles ne surviennent qu'une fois par mois ou même à plusieurs mois de distance.

Toutes les causes qui peuvent déterminer des poussées aiguës dans l'évolution de l'affection utérine sont capables de provoquer des paroxysmes intestinaux. Etant donnée cette relation étroite, les observateurs s'étaient demandé si, dans les cas simples ou particuliers, la guérison de l'affection utérine obtenue par un traitement approprié entraînerait la disparition de la colite muco-membraneuse. Il n'en est pas toujours ainsi, car comme l'ont signalé Ozenne (1) et Nonat (2), il n'est pas rare de voir persister la colite muco-membraneuse, alors que l'affection utérine est guérie.

PRONOSTIC

La colite muco-membraneuse, associée à une lésion utérine, n'est pas un facteur de gravité, surtout lorsque les crises dont elle s'accompagne sont peu intenses et très espacées les unes des autres. Elle n'en contribue pas moins une complication sérieuse, car elle rentre pour une grande part, dans la production de la cachexie que nous avons décrite, et que, comme nous l'indiquerons plus loin, elle est très

1. E. Ozenne. *De la colite pseudo-membraneuse chez les utérines* (*Journal de médecine de Paris*. Décembre 1893).

2. A. Nonat. *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, 186 , 2^e édition, 1874.

rebelle aux moyens thérapeutiques employés pour la combattre.

Parfois le pronostic peut être un peu plus grave. On a signalé en effet quelques complications d'ordre mécanique au cours de la colite muco-membraneuse, et en particulier des faits où étaient survenus des phénomènes d'occlusion intestinale.

Les cas publiés ont trait à des hommes ; malgré nos recherches nous n'avons pu en trouver ayant trait à des femmes, mais la production de ces accidents n'en est pas moins possible chez elles.

DIAGNOSTIC

Dans ce chapitre nous passerons complètement sous silence le diagnostic de l'affection utérine, sous l'influence de laquelle évolue la colite muco-membraneuse. Nous la supposerons bien nettement établie et nous chercherons surtout à bien indiquer les affections avec lesquelles on pourrait surtout confondre la forme d'entérite que nous avons étudiée dans les pages précédentes.

Les muco-membranes rendues dans les selles sont souvent confondues surtout lorsqu'elles sont allongées et, rubanées et étroites, avec le *tænia* ; cette erreur est souvent commise par les malades, et parfois même aussi, il faut le dire, par les médecins. M. Langlet a vu une dame que l'on avait traitée durant trois ans pour le *tænia*.

Dans un fait cité par le professeur Potain une malade expulsa une membrane de 38 à 40 centimètres de longueur qui fut considérée comme un fragment de *tænia*. Woodvart rapporte plusieurs erreurs semblables ; de même Richardière. Un examen sérieux fait à l'œil nu permettra d'éviter pareille erreur, et il ne sera pas le plus souvent nécessaire de recourir à la loupe ou au microscope pour bien préciser les caractères que présentent les cucurbitations du parasite. De même, lorsque les membranes se présentent sous forme de cordons minces et étroits, effilés à leurs deux extrémités, on pourrait les confondre avec des *lombrics*, et l'erreur a été plus d'une fois commise, on l'évitera facilement avec un peu d'attention.

Dans les cas d'*hydatides* éliminés par l'intestin, les fragments sont plus ou moins minces, blanchâtres, élastiques ; ils sont formés de membranes disposées en lames minces, stratifiées comme les feuillets d'un livre. Ils sont constitués par une substance amorphe, homogène, sans fibres, sans cellules.

Certains *débris d'aliments* peuvent être une cause d'erreur ; c'est ainsi que Nothnagel et M. le professeur Potain ont signalé la présence dans les selles de morceaux d'albumine coagulée qui n'avaient pas subi l'action des sucs digestifs et qui avaient été confondus avec des muco-membranes.

Dans ces différents cas, l'examen à l'œil nu ou à la loupe, accompagné du lavage des débris dans l'eau, sera suffisant pour éviter toute erreur ; on

pourra aussi recourir à l'action de l'acide acétique et enfin, si besoin est, faire à l'aide de faibles ou de forts grossissements un examen microscopique.

Le diagnostic devra être fait parfois avec la *dysentérie chronique*, affection rare il est vrai en France, mais dont nous rencontrons chaque année quelques exemples dans les hôpitaux, particulièrement chez des malades ayant habité les pays chauds et ayant eu auparavant des accidents de dysentérie aiguë. Dans ces cas, c'est encore par l'interrogatoire des malades et surtout par un examen minutieux des garde-robes que l'on se basera pour établir un diagnostic différentiel.

Les selles des dysentériques sont tout à fait spéciales; les grumeaux qu'elles contiennent et qui sont toujours mélangés à du sang en plus moins grande abondance sont autant de caractères objectifs qui permettent d'éviter toute erreur.

Lorsque les malades présentent la cachexie spéciale que nous avons décrite, lorsqu'elles ont considérablement maigri et qu'elles toussent, on pourrait croire à l'existence d'une *entérite tuberculeuse*.

Il faudra alors faire une enquête sur leurs antécédents héréditaires ou personnels, examiner avec soin chacun des organes, surtout ceux qui, comme le poumon, sont le siège le plus fréquent de l'évolution des bacilles dans l'organisme. On examinera aussi les garde-robes, et on pourra, dans les cas douteux, pratiquer un examen bactériologique des selles, rechercher les bacilles de Koch, et au besoin,

comme l'a indiqué Girode, faire des inoculations aux animaux.

L'évolution de la colite muco-membraneuse diffère d'ailleurs beaucoup de celle de l'entérite tuberculeuse : cette dernière survient, en effet, dans la majorité des cas chez des tuberculeux avancés, elle dure peu, car elle est le plus souvent l'indice d'une infection bacillaire étendue qui n'est pas compatible avec l'existence.

L'erreur peut encore être commise avec *le cancer du gros intestin*, qui parfois s'accompagne de l'expulsion de masses plus ou moins volumineuses formées par la muqueuse modifiée dans sa constitution histologique. Ces masses sont quelquefois même accompagnées de mucus, dont la production dépend de l'irritation de la muqueuse au voisinage du néoplasme. En dehors des caractères objectifs, le microscope tranchera la difficulté, et les examens seront faits, soit sur des dissociations, soit sur des coupes.

Parfois enfin, il faudra distinguer les muco-membranes des *lambeaux de muqueuse saine* rendus dans les selles.

M. Denucé (1) a présenté en juin 1888, à la Société anatomique de Bordeaux, un corps ovoïde, de la grosseur d'une olive, rejeté par une femme manifestement hystérique. Le microscope permit de s'assurer que le corps en question était formé par une portion de la muqueuse roulée en boule sur elle-même.

1. Denucé. *Société anatomique de Bordeaux*. Juin 1888.

TRAITEMENT

Le traitement de la colite muco-membraneuse en général a été magistralement exposé par le D^r Albert Mathieu dans la *Gazette des Hôpitaux* (1). Nous empruntons à cet auteur une partie des faits que nous allons exposer, nous réservant seulement d'ajouter les considérations qui sont particulières à la colite observée chez les utérines.

Ainsi que nous le verrons bientôt dans la pathogénie, nous considérons deux mécanismes qui président à l'éclosion de cette maladie; ces deux mécanismes se combinant même dans l'immense majorité des cas. Dans un premier cas, la colite est d'origine *mécanique*, elle est due à la constipation habituelle des utérines. Dans un deuxième cas, à l'élément mécanique s'ajoute l'élément infectieux, soit par résorption des produits septiques contenus dans l'intestin, soit par propagation d'une infection génitale aux tuniques intestinales.

Ces deux processus étant admis on comprendra que la maladie pourra avoir différents degrés et que la médication devra être tout d'abord *causale*.

La colite muco-membraneuse étant on ne peut plus fréquente dans ses formes légères, peut être considérée comme le corollaire habituel de la

1. Albert Mathieu. *Traitement de l'entérite muco-membraneuse* (*Gazette des Hôpitaux*, octobre 1894).

constipation chez les utérines. Cette constipation étant elle-même provoquée, soit par des déviations utérines (antéflexion ou rétroflexion, ante ou rétroversion), soit par des tumeurs des organes du petit bassin (pyo ou hydro-salpinx, ovarite suppurée, kystes, fibromes), soit par le relâchement de la sangle abdominale chez les multipares; c'est contre ces diverses causes qu'il faudra diriger tout d'abord le traitement en faisant disparaître, si possible, l'obstacle mécanique au cours normal des matières. Nous n'insisterons pas sur ce point spécial car il nous faudrait pour cela passer en revue toute la gynécologie opératoire.

Dans le second cas, lorsqu'il n'y a pas d'obstacle mécanique venant comprimer le rectum, mais une infection génitale primitive qui s'est propagée à l'intestin, c'est contre cette infection qu'il faudra d'abord agir. Pour cela toutes les médications antiseptiques vaginales ou intra-utérines pourront-être utilisées avec succès. En même temps, il ne faudra pas négliger d'attaquer dès le début la colite elle-même; car on ne doit pas oublier que cette affection prise à temps peut se guérir assez facilement, tandis que prise tardivement elle est d'une désespérante ténacité.

Donc, en même temps que le traitement local de la lésion génitale, il faudra instituer un traitement local de la lésion intestinale; sans négliger le traitement général en vue de relever les forces de la malade et de la tonifier.

Au moment des crises de diarrhée muco-membraneuse, alors même que les symptômes locaux sont minimes et les selles peu abondantes, la malade devra garder le repos. Le lit serait absolument nécessaire s'il y avait des phénomènes fébriles ou des symptômes d'auto-intoxication.

Lorsque les douleurs abdominales seront modérées il suffira souvent pour les calmer de prescrire de grandes onctions de laudanum sur le ventre, avec des applications d'ouate chaude, ou bien de faire des frictions douces sur le ventre avec de l'huile camphrée tiède et largement laudanisée.

Ces frictions devront toujours être dirigées dans le sens même du gros intestin, car elles agiront surtout comme un véritable massage.

Si les coliques devenaient plus douloureuses, elles seraient efficacement combattues par les opiacés administrés à petites doses, sous forme de lavements ou de potions. Contre l'élément douleur, les professeurs Germain Sée et Litten se sont très bien trouvés de l'emploi du chanvre indien donné en potion ou en extrait à la dose de 0,10 centigrammes à 0 gr. 30 centigrammes dans les 24 heures ou en teinture, à la dose de 2 à 6 grammes dans les 24 heures.

Le même auteur recommande aussi beaucoup les préparations de Séné qui alternent de temps en temps avec les autres laxatifs doux, tels que l'huile de ricin. Voici la formule qu'il conseille de préférence.

Extrait hydraalcoolique d'hydrastis Canadensis 2 à 3 grammes.

Folioles de Séné lavées à l'alcool. 6 grammes.

F. S. A. 30 pilules. — A prendre une pilule à la fin de chacun des trois repas.

L'hydrastis canadensis agissant, pour ce thérapeute, en combattant la dilatation des vaisseaux de l'intestin. Le séné donné sous la forme de folioles lavées à l'alcool a, on le sait, l'avantage d'amener des selles sans provoquer de coliques, il n'exagérerait pas non plus la production des glaires.

La belladone, en suppositoires, produit également d'excellents effets, même dans les cas intenses et de longue durée. Contre l'infection intestinale, il faudra s'attacher à faire l'antisepsie de l'intestin aussi complètement que possible. Les divers antiseptiques préconisés, tels que le Naphtol B, le salicylate de bismuth, l'acide salicylique, ne semblent pas avoir une action bien énergique, absorbés par la voie stomacale.

A l'heure actuelle, il paraît, après les travaux de Cantani, les recherches de Lesage et Dauriac (1), celles de Genersich (2), d'Angerant (3), que, lorsqu'il s'agit du gros intestin, la voie stomacale doit céder le pas à l'antisepsie par la voie rectale qu'une technique mieux connue permet de réaliser facilement.

1. Lesage et Dauriac. *Des grands lavages de l'intestin grêle. Gaz. des Hôpitaux*, 17 octobre 1893.

2. A. de Genersich. *Progrès med.*, 23 septembre 1893.

3. Henri Angerant. *Les grands lavages de l'intestin, étude historique, clinique et expérimentale. Thèse de Paris*, 1891.

Voici la technique généralement employée et bien décrite par M. Mathieu :

La malade est couchée sur un plan horizontal, la hanche gauche légèrement relevée. On introduit profondément dans le rectum une sonde œsophagienne de Debove, mise en communication avec un bock à injection par un tube de caoutchouc d'une longueur de un mètre. Le bock ne sera élevé que de 20 à 30 centimètres au-dessus du plan du lit, de façon à ce que le liquide pénètre doucement, lentement, sous une faible pression.

Il faut environ deux litres de liquide pour remplir le gros intestin. Il ne faut jamais essayer de réaliser le lavage du gros intestin brusquement, tout d'un coup, mais à plusieurs fois, progressivement, on se servira tout d'abord d'eau bouillie portée à la température de 40 degrés, on en laissera pénétrer un demi litre seulement, qu'on laissera échapper; puis un litre, davantage encore, soit dans la même séance, soit dans des séances successives, suivant la tolérance du malade. On aura ainsi l'avantage de faire non-seulement un lavage mécanique, mais aussi de faire, par un bain tiède à l'intérieur, une application topique et émolliente capable de combattre le spasme intestinal de l'irritation de la muqueuse. En employant de l'eau à 40 degrés, qui se refroidira et qui n'aura plus guère que 38 degrés en arrivant dans l'intestin, cette application sera calmante.

Il faudra bien veiller à ce que l'eau ne dépasse

pas cette température, car autrement l'irrigation serait plus nuisible qu'utile.

On a préconisé de faire ces grandes irrigations rectales avec le borate de soude en solution à 2 pour 1,000 avec l'acide salicylique à 2 pour 1,000, avec dans ces temps derniers, le permanganate de potasse à 1 pour 5000; nous croyons, avec la faible expérience thérapeutique que nous pouvons avoir, mais basant notre opinion sur la manière de faire de nos maîtres, qu'il vaut mieux, lorsqu'il y a véritablement infection propagée, recourir d'emblée aux grands lavages intestinaux avec les solutions antiseptiques énergiques. Le sublimé à la dose de 1 pour 5000 n'est quelquefois pas toléré et peut même donner naissance à des intoxications.

Dans un cas que nous avons pu suivre, grâce à l'obligeance du D^r H. Morau, nous avons pu voir les heureux résultats obtenus avec les grandes irrigations des solutions *chaudes* de nitrate d'argent à 1 pour 2000 et même à 1 pour 1000. Nous insistons d'une façon toute particulière sur la température des injections antiseptiques. C'est qu'en effet, tel antiseptique usité verra sa puissance microbicide décuplée si sa température est élevée. Dans le cas particulier, alors qu'au point de vue physiologique il faut tenir un grand compte de l'absorption rectale, on comprendra qu'il faut donner aux antiseptiques choisis la plus grande puissance microbicide avec les solutions les plus faibles.

Il y a d'ailleurs longtemps que Grisolles (1), que Trousseau (2), que les nombreux médecins de la marine avaient pu reconnaître les bons effets du nitrate d'argent dans les entérites glaireuses. Il est vrai, que ces praticiens n'employaient ce sel qu'en solutions et encore en très faibles quantités; ils ne faisaient pas en un mot de grandes irrigations rectales. Nous croyons que le nitrate d'argent en solution très faible et en grandes irrigations très chaudes (40, 45, 49 degrés au maximum), agit sur l'intestin par trois mécanismes différents :

1° Par la quantité même du liquide injecté, qui agit par présence en balayant et en nettoyant la surface de la muqueuse rectale;

2° Par la température, qui agissant comme un vaso-dilatateur, congestionne le peloton vasculaire péri-glandulaire, par cela même comprime la cavité des glandes, augmente leur sécrétion, et en même temps expulse sinon la totalité, du moins une partie des microbes dont elles étaient le dernier refuge ;

3° Par l'antiseptique (nitrate d'argent), qui même à dose aussi faible, possède un pouvoir microbicide énergique, ainsi que l'a si bien démontré le professeur Guyon et ses élèves (Albarran), à propos des injections vésicales.

Dans l'immense majorité des cas, alors que la colite chez les utérines n'a pas encore déterminé de complications, les grands lavages que nous venons

1. Grisolles. *Pathologie interne*, 1879, 9 éditions, quatrième tirage.

2. Trousseau. *Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 7^e édit., 1833.

de préconiser suffiront presque toujours. Il n'en sera plus de même lorsque la colite aura passé à l'état chronique, en particulier, lorsque l'infection utérine sera guérie, ou lorsque par son intensité même la colite donnera lieu à des accidents. Dans ces cas, il faudra recourir aux traitements généraux, et tout en ne négligeant pas l'infection locale, faire surtout une médication symptomatique.

C'est ainsi que dans les formes typhoïdes on pourra se servir d'une façon passagère des purgatifs salins, du benzo-naphtol, ou mieux encore du calomel à la vapeur qui agira à la fois comme antiseptique et comme purgatif. Dans les formes chroniques graves, on donnera du lait, des potages épais, des œufs, de la viande crue, des purées, on évitera les bouillons gras, car ce sont de véritables bouillons de cultures bactériennes. On relèvera les forces de la malade avec des toniques faibles, tels que le sulfate de quinine à raison de 10 à 20 centigrammes par jour, les vins à base de kola, les frictions aromatiques sur les membres, le massage et la gymnastique suédoise. Malgré tous ces moyens thérapeutiques, il ne faudra pas se désespérer de la ténacité de la colite muco-membraneuse, il faudra lutter patiemment avec elle en régularisant l'hygiène alimentaire et en se souvenant surtout que ces cas graves chroniques sont exceptionnels, et qu'avec eux il convient d'être, suivant le précepte d'Hippocrate, *prudent, modeste et réservé.*



OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Findley).

Résumée.

(*American journal of medical sciences.* 1875).

Madame D. G..., 43 ans, vient consulter l'auteur pour une tumeur de l'estomac et une grossesse probable. N'a pas eu d'enfants depuis dix ans, une fausse-couche, dit-elle, deux ans auparavant. La menstruation a été toujours difficile, des hémorrhagies profuses.

La malade est hystérique. A la suite de ses crises, on la trouve souvent dans un état comateux. Depuis qu'elle consulte l'auteur, elle présente un écoulement dysménorrhéal abondant et a rendu des fausses membranes dans ses garde-robes.

L'expulsion de ces fausses membranes était précédée d'une période de constipation plus grande au moment des règles et qui cessait après. Le port d'un bandage abdominal, un régime alimentaire sévère, des injections vaginale et rectale avec de l'eau froide ont diminué la constipation et la sensibilité de l'utérus.

Deux fois il a été nécessaire d'employer les diurétiques. Après un an de traitement, la malade a été très améliorée : il est vrai que l'utérus était à peine ulcéré.

OBSERVATION II (Findley).

Résumée.

(*American journal of medical sciences*, 1875).

Madame H. J..., 40 ans, mère de huit enfants. Bonne santé habituelle jusqu'en octobre 1867 où la malade prétend avoir eu une fausse couche qui n'aurait été pour l'auteur qu'une concrétion dysménorrhéale. Elle avait, en effet, en ce moment, de la fièvre, des douleurs abdominales très vives, et avait bien remarqué dans ses garde-robes de longs rubans blanchâtres dont l'expulsion était accompagnée de vives douleurs. La mémoire est bonne, le tube digestif en mauvais état, il y a eu trois attaques hystérisiformes. Elle se plaint d'un point douloureux du côté gauche de l'abdomen, devenant beaucoup plus sensible au moment des règles et qui s'exagère encore lorsqu'elle expulse des fausses membranes.

L'auteur voit la malade en avril 1868 pour la première fois. Elle a de l'adénopathie cervicale, des troubles bronchiques et pulmonaires, anorexie complète, nausées, vomissements, leucorrhée abondante, constipation ou expulsion de nombreuses fausses membranes, en somme état très grave. En présence de l'écoulement, l'auteur pratique le toucher vaginal et trouve un col très hypertrophié avec ulcération.

Après lavage antiseptique, il cautérise au nitrate d'argent et badigeonne avec la solution iodo-glycérinée tous les trois ou six jours. Ce traitement est suivi pendant deux ou trois mois durant lesquels la menstruation est régulière et les ulcérations disparaissent. Pendant tout ce temps l'affection intestinale avait

— (—

persisté. Cependant grâce à une série de moyens et après une crise des plus violentes, après laquelle la malade avait expulsé une muco-membrane de près d'un pied de long, elle a vu peu à peu ses indigestions s'espacer pour guérir complètement après dix mois de traitement. Ce dernier était principalement dirigé contre la scrofulose.

OBSERVATION III (Findley).

Résumée.

(American journal of medical sciences, 1875).

Madame E. W..., âgée de 21 ans, a commencé à souffrir au printemps de cette année d'une affection obscure de l'intestin. De mauvaise santé habituelle, elle souffre constamment de douleurs violentes dans l'estomac, et, après deux jours de ténésme rectal, elle rend par les garde-robes une muco-membrane longue de près de neuf centimètres, dont l'expulsion est suivie d'une hémorrhagie profuse.

Depuis cette époque, elle rend souvent des fausses membranes en petites quantités et souffre beaucoup d'une pointe du côté gauche de l'abdomen. Toutes les nuits il y a de la toux, de la fièvre et des transpirations profuses. La malade est franchement névropathe, il n'y a, à proprement parler, pas de lésions utérines bien marquées.

Un traitement reconstituant (Bismuth, quinine, régime alimentaire sévère), amena rapidement la guérison.

OBSERVATION IV (Nonat).

(Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes, 1874).

Françoise X..., âgée de 30 ans, d'un tempérament sanguin, d'une bonne constitution, réglée à 15 ans, s'était bien portée jusqu'à l'âge de 28 ans. A cette époque, en septembre, mois de sa première grossesse, elle reçut un coup violent dans le ventre du côté droit. Elle ressentit immédiatement une vive douleur dans toute la région hypogastrique.

Deux saignées pratiquées tout de suite furent suivies d'une grande amélioration. Cependant la malade prétend que, depuis cette époque, elle n'a jamais cessé de souffrir dans le bas-ventre à droite. L'accouchement eut lieu à terme sans accidents immédiats. Quelques jours après, fièvre intense et tous les symptômes d'une métro-péritonite aiguë.

Deux saignées du bras : deux applications de sangsues sur le ventre ; bains ; onctions mercurielles. Sous l'influence de ces médications, la malade alla de mieux en mieux. Au bout d'un mois elle entra en convalescence, et elle ne tarda pas à reprendre ses occupations.

Françoise X... recouvra peu à peu des forces et de l'embonpoint, mais elle continua de souffrir plus ou moins dans le bas-ventre à droite. Depuis six mois, sans cause connue, aménorrhée, douleurs de plus en plus intenses qui s'irradiaient dans les reins, dans le flanc et dans la cuisse droite ; constipation opiniâtre, tuméfaction remarquable du ventre ; leucorrhée analogue à du blanc d'œuf (Bains, cataplasmes émollients, lavements). Les accidents s'aggravent et obligent la malade à entrer à la Pitié le 8 janvier 1856.

Etat actuel. — Le 9 janvier : physionomie naturelle, ventre tendu, ballonné, augmenté de volume, douloureux en bas et à droite surtout, toucher vaginal douloureux, utérus en rétroversion engorgé ; écoulement d'un liquide visqueux comme du blanc d'œuf, par l'orifice utéro-vaginal ; douleur vive au fond du cul-de-sac vaginal à droite et en arrière, pas de tumeur péri-utérine.

La malade ne peut rester debout ou assise à cause de ses souffrances. Saignée de 150 grammes. Soulagement passager. Dans l'espace de deux mois, je prescrivis six saignées de 90 à 100 grammes. L'amélioration ne fut pas de longue durée ; les douleurs revinrent avec la même intensité qu'avant le traitement. Le ventre a augmenté de plus en plus de volume ; il est plus tendu, plus ballonné, plus douloureux.

J'insiste sur les calmants : les bains et sur le régime sévère et je n'obtiens aucune diminution des accidents. Alors je soupçonne et je constate bientôt que le développement du ventre et la constipation opiniâtre sont le résultat d'une entérite glaireuse. Les selles contiennent, en effet, une grande quantité de matières glaireuses. Je prescrivis quinze gouttes d'huile de croton tiglium sur le ventre. Dès le lendemain éruption considérable de boutons sur le ventre. Au bout de quatre jours, diminution du ventre, retour des règles qui n'avaient point paru depuis huit mois. Abdomen moins douloureux ; pouls normal. Régime modéré. Quelques jours après, moins bien ; retour du gonflement du ventre.

Au bout de six semaines une nouvelle application d'huile de croton tiglium est suivie des mêmes effets.

Cinq semaines après, une troisième onction sur le ventre avec l'huile de croton tiglium produit le même soulagement ; les selles ne contiennent plus de glaires, et la malade sort parfaitement guérie.

OBSERVATION V (Nonat).

(Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes, 1874).

Madame N..., 35 ans, d'un tempérament nerveux, d'une assez forte constitution, s'était toujours bien portée, lorsqu'il y a sept ans, à la suite d'un violent chagrin, elle fut prise d'accidents nerveux caractérisés par des étourdissements, un sentiment de faiblesse générale et un refroidissement de tout le corps. Ces accidents revinrent plusieurs fois chaque jour sous la forme de crises dont la durée variait d'un quart d'heure à une demi-heure. Une grande surexcitation cérébrale précédait le retour des crises, et une sueur abondante en précédait la fin. Malgré l'usage des calmants, des antispasmodiques Mme N... fut en proie aux mêmes accidents nerveux pendant 15 mois.

Aussitôt qu'ils eurent cessé, des douleurs se firent sentir dans les reins, avec une extrême violence, que la malade compare aux souffrances qui précèdent l'accouchement, envahissent les flancs, le bas-ventre, les cuisses et les côtés. En même temps des pertes blanches apparurent quelques jours après la cessation des règles. Bien que depuis ce moment Mme N... ait été soumise à divers traitements sa position s'est aggravée chaque année.

Après l'emploi infructueux des bains, des calmants, des injections émollientes ou astringentes, on lui a fait porter une ceinture hypogastrique et on lui a appliqué un pessaire à air de Gariel. Ces moyens mécaniques ont eu pour effet d'exagérer les douleurs du bas-ventre et de redresser l'utérus à l'aide de la sonde de Simpson, et on a pratiqué plusieurs cautérisations intra-utérines sans plus de succès. M^{me} N... était en traitement depuis cinq ans, lorsque le 25 janvier 1856, elle vint me consulter de la part de mon honorable confrère M. le D^r Bourguignon.

Etat actuel. — Face abattue et exprimant la souffrance ; douleurs de tête revenant par crises, fatigue cérébrale, susceptibilité nerveuse au plus haut degré, diminution de la mémoire ; sensations bizarres dont la malade ne peut rendre compte exact, abaissement prononcé des forces, digestions difficiles, éructations gazeuses ; constipation opiniâtre, selles mêlées de glaires, ventre tendu, douloureux surtout en bas et à gauche. Règles assez régulières, moins de souffrance pendant le flux menstruel, retour des douleurs et des pertes blanches cinq ou six jours après la cessation des règles. Chaque mois les mêmes accidents reparaissent avec plus ou moins d'intensité.

L'utérus d'un volume normal, abaissé et en rétroversion, douloureux au niveau de sa face postérieure ; de chaque côté de cet organe une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, douloureuse à la pression, solide, non fluctuante, très distincte de l'utérus. Je ne me dissimulai pas la gravité de M^{me} N... Je compris de suite qu'il me serait bien difficile d'en obtenir la guérison. Quoi qu'il en soit, après un traitement qui a duré 20 mois, la malade est aujourd'hui dans un état très satisfaisant. Les médicaments que j'ai employés sont les suivants : en février, mars et avril, une saignée du bras de 45 grammes chaque mois ; peu de soulagement. Trois applications de ventouses scarifiées de 30 grammes produisent une amélioration passagère et sont bientôt suivies d'une recrudescence marquée des douleurs de bas-ventre et des crises nerveuses. Deux vésicatoires morphinés sur le bas-ventre déterminent de bons effets.

En mai, juin, juillet, la malade est de plus en plus souffrante, malgré trois applications de ventouses scarifiées et quatre vésicatoires. En août, deux cautérisations, peu de soulagement. En septembre, trois vésicatoires, qui soulagent beaucoup la malade. En octobre le toucher vaginal n'est plus douloureux, du côté droit l'engorgement péri-utérin a disparu et celui du côté gauche

est à peine gros comme une amande. Je pratique le cathétérisme utérin et je le répète deux fois par semaine pendant 15 jours. En novembre, râclage de la face interne de l'utérus (4 granulations du volume d'un grain de chènevis).

En décembre, cautérisation intra-utérine, recrudescence de volume du bas-ventre, qui m'oblige à suspendre les opérations intra-utérines. Il en résulte une grande amélioration. En juin, comme il n'existait plus d'engorgement péri-utérin, je recommençai les cautérisations intra-utérines et je les répétai trois fois par mois, jusqu'à la fin de novembre 1859.

La malade va de mieux en mieux à mesure que je multiplie ces opérations; elle a repris des forces et de l'embonpoint.

Je ne doute pas que la guérison ne soit pas prochainement obtenue. Dans ce cas, les émissions sanguines ont évidemment exalté le système nerveux, tout en agissant d'une manière favorable sur l'élément inflammatoire. Mais nous n'hésitons pas à le déclarer que les vésicatoires ont eu une grande part dans l'amélioration de la santé de M^{me} N...

Sans le secours de cette médication, il est très probable, que nous n'aurions pu entreprendre le traitement direct de la métrite interne qui définitivement me paraît devoir achever la guérison.

OBSERVATION VI (Nonat).

(Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes, 1874).

Mlle L..., âgée de 23 ans, d'un tempérament sanguin-nerveux et d'une assez bonne constitution, régulièrement menstruée depuis l'âge de 14 ans 1/2 : A dix-huit ans, pertes blanches ; règles douloureuses, souffrances dans le bas-ventre du côté droit.

Depuis deux ans, augmentation croissante des douleurs : sen-

sibilité des parois abdominales, distension énorme de l'abdomen, comme dans la grossesse; exagération de l'appétit, alternation de constipation et de diarrhée, glaires rendues en abondances par les garde-robes; exaltation de ces phénomènes à l'époque des règles; diminution des forces et de l'embonpoint.

Les amers, les ferrugineux, les préparations iodées, un régime substantiel, les exercices corporels qu'on avait longtemps prescrit n'aboutirent à aucun résultat favorable. Je vis la malade en juin 1852 et je traitai les accidents gastro-intestinaux par les onctions d'huile de croton tiglium sur l'abdomen; il s'en suivit une amélioration notable, mais de courte durée. Deux mois après, les mêmes phénomènes morbides avaient reparu avec toute leur intensité. L'existence d'une leucorrhée, de douleurs vives dans le bas-ventre, dans les reins, les lombes et la cuisse, me firent soupçonner qu'une métrite interne chronique et probablement aussi un phlegmon péri-utérin du côté droit, étaient le point de départ de tous les accidents. L'état de la jeune femme ne me permit pas de m'en assurer par une exploration directe.

Je la soumis au traitement suivant :

Août. — Quatre saignées de 125 à 150 grammes.

Septembre. — Quatre saignées de 125 grammes.

Octobre. — Deux saignées de 60 grammes.

Novembre. — Deux saignées de 60 grammes.

En même temps calmants à l'intérieur; bouillon, potage, repos, bains souvent répétés. Ces moyens amenèrent une amélioration très sensible.

Au bout de quatre mois l'appétit boulimique était calmé, le ventre s'était affaissé, les phénomènes d'entérite glaireuse avaient disparus, les douleurs lombo-ovariques étaient presque entièrement dissipées, mais la malade éprouvait tous les signes d'une vaginite; sensation de chaleur et de cuisson à la vulve, pertes

blanches abondantes. Pendant deux mois, elle cessa tout traitement et se mit à un régime tout substantiel.

Au mois de février 1853, les souffrances reparurent mais avec moins d'intensité que la première fois. J'entrepris pendant cinq mois un nouveau traitement, qui consista en saignées de 60 à 80 grammes, plusieurs vésicatoires volants sur les fosses iliaques, bains, calmants à l'intérieur. Ce traitement amena un état anémique assez prononcé, accompagné de crises hystériformes, qui cédèrent à l'administration des antispasmodiques et en particulier de l'éther; mais il eut aussi pour résultat de faire entièrement cesser les douleurs et les troubles digestifs, de rendre au ventre son volume et sa souplesse ordinaires et de dissiper les symptômes de vaginite.

Mlle L... reprit des forces et de l'embonpoint sous l'influence des ferrugineux et d'un régime tonique. En septembre 1853, sa guérison était complète.

OBSERVATION VII (Nonat).

(Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes, 1874).

Madame P..., 34 ans, d'un tempérament nerveux, d'une constitution peu forte, mère de trois enfants, vint réclamer mes soins au mois de 1857, de la part de mon honorable confrère, M. le Dr Guérineau (de Poitiers). Il y a neuf ans, à la suite de sa dernière couche, douleur dans le bas-ventre à gauche; pertes en blanc. Plus tard mouvements vibratoires, qui se faisaient sentir jour et nuit dans les yeux et dans les membres, et jetaient une grande perversion dans les sensations.

Rien, suivant la malade, ne lui était plus pénible et plus désagréable que les mouvements vibratoires. En même temps, douleur vive dans la tête. Ces accidents revenaient par crises, qui se

répétaient plusieurs fois dans la journée. A l'approche d'une crise le mouvement vibratoire devenait plus intense, la vue se troublait davantage, et chose remarquable Mme P... n'était plus, disait-elle, maîtresse de sa pensée, elle ne pouvait pas éloigner toute idée qui s'emparait de son esprit.

Cependant elle répondait juste aux questions qui lui étaient adressées. Durant les crises, le regard était fixe, et les membres immobiles. Venait-on à exercer une pression sur un des membres ou un point quelconque du corps, on faisait naître une sensation qui retentissait par un effet croisé dans le point diamétralement opposé.

J'ai eu l'occasion d'observer le même phénomène dans deux autres cas. En proie à ces sensations bizarres, et à une céphalalgie presque continuelle, Mme P... était constamment préoccupée de sa maladie et elle avait perdu tout espoir de guérison. Il y a un an on avait déjà pratiqué plusieurs cautérisations sur le col de la matrice ; ces cautérisations avaient un peu diminué les fleurs blanches sans exercer aucune action sur les accidents nerveux que nous avons signalés plus haut.

Etat actuel, 8 mai 1857. — Utérus en antéversion, un peu abaissé et augmenté de volume, point d'engorgement péri-utérin ; au niveau du ligament large gauche, douleur qui s'irradie dans les reins, dans les cuisses et dans le flanc du même côté ; écoulement d'un liquide visqueux, analogue à du blanc d'œuf, par l'orifice du museau de tanche. Station debout et marche pénible, troubles gastriques, digestions souvent difficiles, sans nausées, ni vomissements, garde-robes rares, point de souffle chloro-anémique, abaissement des forces. Cathétérismes et cautérisations intra-utérines, répétés une fois par semaine, pendant trois mois ; bains, calmants, régime ordinaire.

Amélioration progressive, diminution des pertes blanches et des douleurs du bas-ventre ; mais persistance des accidents nerveux du

côté de la tête et des membres. Alors quatre saignées du bras de 45 à 60 grammes, apportent un grand soulagement. A mesure que le sang coule M^{me} P... sent diminuer le mouvement vibratoire, sa tête devient moins douloureuse, moins serrée, sa vue plus nette, en même temps son ventre est moins tendu, moins douloureux. Le chloroforme produit également de bons effets. Vers la fin de septembre M^{me} P... se trouve bien, et elle retourne dans son pays. Depuis cette époque, une saignée fut pratiquée de temps en temps après la cessation des règles. Le mieux s'est soutenu pendant dix-huit mois, puis les accidents nerveux ont reparu, mais avec moins d'intensité qu'auparavant.

En juillet 1859, Mme P... est venue de nouveau me consulter. Elle se plaignait des mêmes accidents nerveux à un faible degré ; d'ailleurs l'affection utérine ne s'était pas reproduite. J'appris alors que les digestions étaient lentes, difficiles, que le ventre était gonflé, tendu après les repas, et que les selles étaient souvent mêlées de glaires.

L'huile de croton tiglium à la dose de 12 gouttes en onction sur le ventre produit un très bon effet. Sous son influence, la vue s'éclaircit et le mouvement vibratoire diminua d'une manière très prononcée. Au bout d'un mois, le même moyen fut suivi de la disparition complète des accidents nerveux. Cinq mois après j'appris que Mme P... était dans un état satisfaisant.

OBSERVATION VIII (Monod).

(Annales de la polyclinique de Bordeaux, mai 1893).

Mme S..., âgée de 33 ans, névropathe, mariée à 24 ans, a eu deux enfants qu'elle n'a pas nourris, le dernier il y a trois ans. Au quatrième mois de cette dernière grossesse, elle a été prise d'une forte perte sanguine, qui n'a pas empêché la grossesse de suivre

son cours. Depuis son accouchement, elle a commencé à souffrir dans le ventre, du côté gauche.

A plusieurs reprises elle a ressenti des douleurs sciatiques du même côté. Jamais de pertes blanches. Les époques sont régulières, mais abondantes et douloureuses. A l'examen, je constate que le col est abaissé et qu'il est le siège d'une érosion circulaire, à surface granuleuse d'un rouge vif. Le contact de cette érosion avec un instrument provoque une vive douleur.

La palpation bimanuelle est douloureuse au niveau des annexes, du côté gauche, sans tuméfaction appréciable. Il existe vraisemblablement de l'ovarite gauche. Dans le cours du traitement qui consiste en injections boriquées et badigeonnages du col avec une solution d'ichtyol au tiers, je découvre incidemment que Mme S... est atteinte d'entérite pseudo-membraneuse. Elle m'apporte, en effet, quelques jours plus tard des fausses membranes bien caractérisées qu'elle a rendues dans les selles.

Dirigeant de ce côté mes investigations, j'apprends que ce symptôme remonte à de longues années. Toujours sujette à la constipation la malade se rappelle qu'avant même son mariage il lui arrivait de temps en temps, de rendre avec les gardes-robes comme des *écailles de poisson*. Je prescris de grands lavements quotidiens d'eau boriquée et deux cachets par jour de 50 centigrammes de salol.

Deux mois plus tard, il existe une amélioration très nette des phénomènes douloureux. La malade continue à rendre des peaux, mais en moindre abondance.

OBSERVATION IX (Monod).

(*Annales de la polyclinique de Bordeaux*, mai 1891).

Mme R..., âgée de 32 ans, anémique, très névropathe, est atteinte d'endométrite puerpérale avec métrite cervicale chronique

remontant à une douzaine d'années, époque de son premier et unique accouchement. Au moment où j'ai été consulté par elle, le col était volumineux et largement déchiré.

Eversion de la muqueuse cervicale et issue par l'orifice d'un liquide muco-purulent très épais. Il n'existe pas de prolapsus. Les annexes paraissent saines. En analysant les symptômes douloureux qu'accuse la malade, j'arrive à la conclusion que les douleurs siègent principalement dans le gros intestin. J'apprends que Mme R..., habituellement constipée, rend très fréquemment avec les garde-robes des débris membraneux blanchâtres, ayant l'aspect de rubans allongés et distinct des matières fécales. Je prescris des lavements émollients quotidiens, des grands bains, des laxatifs et une hygiène alimentaire où le lait rentre pour une large part.

En même temps, je traite la métrite avec les injections chaudes, l'introduction de crayon médicamenteux dans la cavité utérine et l'application répétée de tampons à l'ichtyol. Ce traitement suivi pendant plusieurs mois, a amené la cessation complète des douleurs, la cicatrisation de l'ectropion et la disparition à peu près complète de pertes blanches.

Les symptômes intestinaux se sont amendés parallèlement d'une manière notable, mais la malade est toujours obligée d'avoir recours aux laxatifs et aux lavements. Elle continue à expulser de temps en temps des fausses membranes par l'intestin.

OBSERVATION X (Monod).

 *Annales de la polyclinique de Bordeaux, mai 1891.*

Mlle D..., âgée de 32 ans, demoiselle de magasin, a commencé à ressentir des douleurs dans le bas-ventre et dans les reins, depuis une dizaine d'années. Elle les attribue à la fatigue entraînée par la position debout, que sa profession l'oblige à garder

toute la journée. A l'examen, je constate que l'utérus est abaissé (premier degré de prolapsus) et en rétroflexion légère. Le col est sain ; l'orifice circulaire un peu rouge, donne issue à un écoulement muqueux, opaque et adhérent. La palpation bimanuelle des ovaires provoque de la douleur, mais ne révèle pas de tuméfaction appréciable. La malade se plaint d'une constipation opiniâtre, interrompue de loin en loin par des crises de diarrhée. Pendant ces périodes elle accuse des épreintes rectales, du ténésme, et rend des glaires dysentériques.

En temps normal, elle expulse avec les matières des peaux-blanches, en notable quantité. Cette particularité, dont elle s'est aperçue depuis cinq ans environ, se reproduit deux ou trois fois par semaine. La malade est généralement prévenue du phénomène par des douleurs ressenties dans la fosse iliaque droite, la veille de l'expulsion. Il lui est arrivé souvent, lorsqu'elle éprouvait le besoin d'aller à la garde-robe, de ne rendre qu'un paquet de fausses membranes. Sur ma demande, elle m'a présenté un spécimen de ces produits membraneux, qui rappellent l'aspect d'un *toenia* fragmenté.

J'ai appliqué chez cette malade un pessaire annulaire en aluminium, et je lui ai prescrit, avec des lavements quotidiens, le naphtol à l'intérieur. Je l'ai revue au bout de trois mois. Elle se sent soulagée depuis qu'elle porte son pessaire, et rend moins de fausses membranes, mais ce symptôme persiste encore.

OBSERVATION XI (Monod).

(Annales de la polyclinique de Bordeaux, mai 1893)

Mme C..., 32 ans, très névropathe, n'a jamais eu d'enfants. Depuis son mariage qui remonte à une dizaine d'années, elle a toujours souffert du ventre. Les règles sont très douloureuses et

s'accompagnent régulièrement des fausses membranes. Tantôt la malade ne rend que des lambeaux isolés, tantôt c'est un sac membraneux complet, qui offre la forme et l'aspect de la muqueuse utérine.

A la suite de traitements variés et prolongés qui sont restés sans aucun résultat, elle se décide à subir l'opération du curettage, qui est pratiquée vers le milieu de l'année 1892. J'ai eu l'occasion de revoir Mme C... en mars 1893. Elle traverse une crise aiguë de douleurs abdominales. Ces douleurs, qui arrachent par moment, des cris à la malade, occupent tout le ventre.

Lorsqu'on cherche par une exploration attentive à en préciser le siège, on ne tarde pas à constater que le maximum correspond à la région hypogastrique et suit la ligne du colon transverse.

J'apprends alors que la malade rend par l'intestin depuis plusieurs mois des peaux blanches en quantité considérable et très épaisses. Les différents régimes et médications diverses qu'elle a essayés contre ces troubles intestinaux sont restés sans effet.

Quant à la dysménorrhée membraneuse, elle a reparu exactement avec les mêmes caractères peu de temps d'après le curettage. La crise d'entérite actuelle coïncide précisément avec une période menstruelle particulièrement douloureuse.

OBSERVATION XII (Monod).

(Annales de la polyclinique de Bordeaux, mai 1890).

Mme B..., âgée de 36 ans, bien réglée, a eu un enfant à 18 ans et demie ; pas d'autres grossesses. Très névropathe, sujette à de fortes céphalalgies, elle accuse depuis de nombreuses années des troubles abdominaux ; ces troubles consistent surtout en douleurs revenant par crises, dont le point de départ est la fausse iliaque droite et qui remontent vers la région ombilicale en

paraissant suivre le trajet du colon transverse pour se terminer dans le rectum, qui est le siège d'un second centre douloureux. En dehors des crises Mme B... se plaint d'une sensation de pesanteur continue dans la région sacrée qui l'oblige parfois à marcher pliée en deux et à rechercher la position horizontale.

Elle est sujette à une constipation opiniâtre qui fait place de temps à autre à des diarrhées subites. Les crises s'accompagnent fréquemment de vomissements ou de nausées. Elle rend constamment avec les garde-robes des peaux blanches qui, tantôt forment un revêtement à des bols très durs de matières fécales, tantôt sont rendues isolément sous forme de débris membraneux pelotonnés, ressemblant à une lie ou à un lacet.

Depuis deux ou trois ans, il existe des troubles menstruels, caractérisés par de fortes pertes sanguines et par la présence dans le sang cataménial des débris membraneux rougeâtres, analogues à ceux rendus par l'intestin. Pertes blanches dans l'intervalle des règles.

Consulté par Mme B... en juin 1892, je constate que le col est sain ; l'orifice donne issue à un écoulement muco-purulent assez abondant. L'utérus de dimensions normales est en rétroflexion. Les culs-de-sac latéraux sont libres. Sur ma demande, la malade m'apporte un flacon rempli de fausses membranes très épaisses expulsées par l'intestin.

De juillet à septembre, je traite l'endométrite par des injections boriquées chaudes, des applications intra-cervicales de glycérine créosotée au tiers, faites deux fois par semaine et l'introduction quotidienne d'ovules Chaumel à l'ichtyol.

A la suite de ce traitement, les symptômes utérins s'amendent notablement, en même temps que l'expulsion des fausses membranes diminue parallèlement. Mme B... put reprendre ses occupations ordinaires.

Au mois de février 1893, à la suite des fatigues exagérées, les

crises douloureuses abdominales reparaissent. La malade est obligée de s'aliter. Elle ne peut supporter que du lait coupé avec de l'eau de Vals. Le siège des douleurs est manifestement le gros intestin. Elle rend tous les jours de véritables paquets de débris membraneux. Nous assistons à une crise aiguë d'entéro-colite-membraneuse, avec élévation de la température, épreintes rectales et vésicales, état nerveux porté au paroxysme.

Le traitement consiste en repos horizontal absolu, larges cataplasmes laudanisés sur l'abdomen, plus tard vésicatoires répétés, régime lacté, cachets de naphtol et bicarbonate de soude, lavements boriqués. L'état aigu s'amende au bout de trois semaines, mais l'expulsion des fausses membranes persiste.

OBSERVATION XIII (Monod).

(Annales de polyclinique de Bordeaux, mai 1893).

Un autre cas, tout à fait analogue au précédent, m'a été communiqué par mon excellent confrère, le D^r Lugeol. Il s'agit d'une malade atteinte de dysménorrhée pseudo-membraneuse et chez laquelle éclate au moment de chaque époque menstruelle une crise de colite s'accompagnant de l'expulsion de fausses membranes avec les garde-robes.

OBSERVATION XIV (Ozenne).

Métrite hémorrhagique, colique pseudo-membraneuse.

L'un de ces faits, sur lequel je passerai rapidement, car je n'ai pu en suivre à loisir tous les détails, concerne une jeune femme de 25 ans, atteinte depuis plus de dix années de cette variété de colite.

Mariée il y a trois ans, cette malade, de constitution arthritique et facilement impressionnable, avait dû subir, un an avant son mariage, un curetage pour une métrite hémorrhagique, qui n'avait cédé à aucun autre moyen thérapeutique. L'opération fut suivie de succès et quelques mois plus tard la jeune fille se mariait.

Peu de temps après apparaissaient les premiers symptômes douloureux du ventre avec expulsion de selles glaireuses et de mucosités épaisses affectant la forme de rubans allongés. Ces accidents ont persisté malgré différents traitements, et actuellement, bien qu'un séjour à Plombières ait apporté quelque amélioration dans l'état local et surtout dans l'état général qui avait été fort déprimé, il existe encore, de temps en temps, quelques crises douloureuses suivies de l'expulsion de rubans pseudo-membraneux.

On note en outre chez cette malade, chez laquelle il y a de l'atonie intestinale sans entéroptose, l'existence d'un rein mobile, qui, à plusieurs reprises, a donné lieu à des poussées congestives douloureuses.

Je n'insisterait pas davantage sur ce fait, un peu complexe, et dont les rapports de la métrite et de la colite peuvent, à la rigueur, donner lieu à une discussion critique.

OBSERVATION XV (Ozenne).

Endométrite chronique. Rétroflexion de l'utérus. Colite pseudo-membraneuse.

L'année dernière, je voyais en consultation, avec le D^r Buhot, d'Écorché, une femme de 26 ans, nullipare, mariée depuis plusieurs années et atteinte d'endométrite chronique accompagnée de rétroflexion de l'utérus. Les ovaires et les trompes n'offraient

aucune lésion sensible ; c'est un point sur lequel mes investigations avaient été d'autant plus minutieuses que la malade avait accusé, à plusieurs reprises, des douleurs au niveau des fosses iliaques.

Bien que chez cette femme, jeune à tous les points de vue, j'eusse à tenir compte d'un certain degré d'érétisme nerveux, alors plus accentué qu'à l'état normal, j'avais à rechercher si la pathogénie des phénomènes douloureux pelviens ne devait pas être rapportée à quelque lésion de voisinage ; et, de fait, j'en acquis bien vite la conviction par un interrogatoire portant sur les fonctions habituelles de l'intestin.

En effet, pendant les premiers mois de l'affection utérine, les voies digestives étaient tout d'abord restées intactes ; puis, peu à peu, les garde-robes étaient devenues irrégulières jusqu'au jour où la constipation s'était définitivement installée, à peine vaincue de temps à autre par des purgatifs. C'est à cette époque que la malade avait commencé à souffrir d'une façon intermittente dans le bas-ventre et qu'un jour elle s'était aperçue, après une évacuation alvine qui avait été précédée de douleurs plus fortes, qu'elle avait rendu des peaux blanches à la suite des garde-robes.

Pendant plusieurs mois les mêmes accidents s'étaient renouvelés avec une fréquence et une intensité variables et, dans les derniers temps, ces accidents avaient contribué à provoquer diverses manifestations nerveuses, qui ne pouvaient être mises sur le compte de l'endométrite.

Les douleurs étaient intermittentes et paroxystiques ; tout en ayant leur summum d'intensité au niveau de la fosse iliaque gauche et de la cavité pelvienne, elles s'irradiaient constamment vers la partie supérieure du ventre en suivant le trajet des colons. Souvent elles se montraient plus violentes aux époques menstruelles, mais parfois elles apparaissaient, dans leur intervalle, presque toujours après une période de constipation, et elles ne

disparaissaient qu'après une évacuation de l'intestin et expulsion de pseudo-membranes glaireuses ou de peaux blanchâtres enroulées sur elles-mêmes. C'est à la suite de l'une de ces crises que la malade avait réclamé une intervention utérine, persuadée que l'inflammation de la matrice était la seule cause de ces souffrances.

En présence de ces lésions d'ordre différent, que j'avais déjà rencontrées chez plusieurs malades atteintes de métró-salpingo-ovarite, sans me rendre un compte exact des rapports qu'elle pouvaient avoir entre elles, il me sembla tout d'abord nécessaire de commencer le traitement par un curettage.

L'opération fut suivie d'un bon résultat, et depuis 18 mois qu'elle a été, tout signe de métrite a disparu. Quant à la colite pseudo-membraneuse, au sujet de laquelle la thérapeutique, en général, a varié au point qu'il est actuellement difficile de prescrire à coup sûr une médication efficace, je l'ai combattue par un régime en grande partie diététique.

Le lait coupé avec une eau minérale alcaline ou sous forme de potage, et les substances alimentaires de digestion facile ont été tout d'abord utilisés. Tout purgatif a été proscrit et remplacé par des lavements laxatifs ; de plus, chaque jour, des injections intestinales ont été pratiquées avec une solution boriquée tiède.

Sous l'influence de ce traitement, auquel la malade ajoutait quotidiennement une friction sèche générale et quelques heures de promenade, les troubles intestinaux ont assez rapidement diminué. Dans les deux premiers mois il n'est survenu que quelques crises beaucoup moins douloureuses, l'excrétion pseudo-membraneuse s'est graduellement amoindrie et, au mois de septembre dernier, la guérison paraissait définitive.

OBSERVATION XVI

Colite muco-membraneuse chez une utérine.

Due à la bienveillante obligeance du D^r Girode, médecin des hôpitaux.

Mme F..., 28 ans, bonne santé habituelle, bien réglée, mariée à 24 ans. Pas de grossesse, pas de maladies antérieures autres qu'une congestion utérine douloureuse, à 24 ans, ayant nécessité quelques jours au lit, non accompagnée d'écoulement purulent, ayant cédé sans laisser d'affection de l'utérus ou des annexes, mais un léger degré d'antéversion bien supporté d'ailleurs.

La période menstruelle qui survient à son heure au commencement de décembre 1893, s'accompagne de phénomènes douloureux ; douleurs dans le bas-ventre, les reins, les cuisses. La pression dans la région sus-pubienne est douloureuse. Les règles ne sont pas trop abondantes.

Après deux jours d'arrêt, les règles reparaissent avec leur allure habituelle et les phénomènes douloureux s'atténuent. Les règles cessent complètement le 7 décembre 1893 et la malade peut se lever.

Le 8 décembre. — Reprise des douleurs dans le petit bassin. Douleurs violentes dans le petit bassin, en fer rouge. Epreintes, ténésme, constriction anale indolente, le sphincter dessinant cependant un anneau absolument dur. Le toucher rectal qui est pratiqué à grande peine permet de constater des contractions énergiques du sphincter, un peu de chaleur rectale enfin le col utérin appuyant modérément sur la paroi rectale. L'utérus peut d'ailleurs être aisément soulevé sans que cette manœuvre ne soit trop douloureuse. La constipation est absolue et on note un léger degré de ténésme vésical. L'irritabilité nerveuse est très sensible.

Les phénomènes douloureux s'amendent bientôt un peu à la

suite d'application de suppositoires belladonés. Le 9, la constipation persiste, les douleurs anales reprennent avec plus de violence : elles ont le caractère expulsif sans effet. Vers dix heures du matin, à la suite d'une envie douloureuse plus violente et presque syncopale, la malade rend un peloton grisâtre, du volume d'une noisette : A la suite de cette expulsion, grand soulagement, repos au lit, lavement laudanisé, bien retenu.

Le soir, un lavage boriqué du rectum s'accompagne de légères douleurs, mais provoque une selle d'apparence presque normale, sans lambeaux membraneux. Dès le lendemain et les jours suivants tout rentre dans l'ordre.

Les pelotons éliminés, dissociés dans l'eau bouillie, se montrent constitués par des lambeaux membraneux assez résistants, conservant leur intégrité par agitation dans l'eau. Ces lambeaux ont 1/2 millimètre d'épaisseur. Ils sont déchiquetés à la périphérie. Pas de disposition tuberculeuse. Quelques lambeaux sont striés de petites hémorragies filiformes de couleur anémiée.

A l'examen microscopique les muco-membranes sont formées de filaments fibrineux, de mucus, de globules rouges, de cellules épithéliales nettement accusées et d'un très grand nombre de leucocytes. J'ai fait immédiatement des plaques sur gélatine ensemencées avec un petit fragment de ces lambeaux. Elles ont donné *exclusivement*, de même que les autres milieux de culture, du *coli-bacille*, très virulent en injection intra-veineuse chez le lapin.

OBSERVATION XVII

(Observation due à l'obligeance du Dr Ovide Benoît, préparateur-adjoint d'histologie à la Faculté).

Mme Vve D..., rue du Rocher, couturière et habilleuse dans un théâtre, âgée de 58 ans.

Antécédents. — Aucun. Pas de grandes maladies. A éprouvé de violents chagrins et de grands ennuis. A eu quatre enfants. La dernière couche a été des plus pénibles. Quelques mois après on constatait chez elle une chute de l'utérus, abaissement à la vulve, et rétroflexion complète.

Depuis ce moment constipation de plus en plus opiniâtre. Depuis deux ans et demi surtout elle est restée quelquefois une semaine entière sans avoir de selles normales et ne peut en avoir que par lavements ou purgations. En outre, elle a de violents maux d'estomac et des douleurs intestinales, qui la font souffrir périodiquement tous les dix à quinze jours.

Il y a environ trois mois elle vint nous consulter pour savoir si elle n'avait pas le ver solitaire. Nous avons quelques semaines auparavant traité sa belle-sœur pour le *taenia*, et elle prétendait avoir les mêmes symptômes qu'elle. Je lui recommandai alors d'observer ses selles, et elle revint quinze jours après avec une fiole contenant dans de l'alcool des débris membraneux blanchâtres ressemblant à des débris de ver solitaire.

Elle en rendait, disait-elle, des paquets comme des pelotes, et suivant elle, cet état devait durer depuis deux ans et demi à trois ans, c'est à dire depuis l'époque où elle fut forcée de porter un pessaire.

Le diagnostic de colite muco-membraneuse fut facile à faire. Nous en avons fait l'examen histologique et nous avons trouvé que ces membranes étaient composées de fibrine, de matières fécales, et surtout beaucoup de cellules épithéliales, cylindriques et caliciformes.

Nous avons donc affaire à de la colite muco-membraneuse chez une femme atteinte d'affection utérine ayant probablement déterminé cet état pathologique.

OBSERVATION XVIII

Due au Dr Nitot.

M^{lle} L... La première fois que j'ai vu la malade, elle se plaignait de douleurs dans le côté gauche de la fosse iliaque gauche. Le toucher vaginal douloureux, si bien que, sachant qu'elle a été opérée d'une double salpingectomie par M. Peyrot, je pensais qu'il existait une inflammation secondaire du pédicule gauche au niveau de la ligature.

On sentait à ce niveau un noyau douloureux.

Traitement. — Bains de siège, lavements chauds, injections chaudes.

Lorsque la malade revient huit à dix jours après, elle se plaint de nouveau du côté gauche. Cette fois la douleur est située plus haut sur le colon descendant. Le toucher vaginal paraît moins douloureux. Je questionne alors la malade plus attentivement sur ses fonctions digestives et j'apprends que c'est une nerveuse et qu'elle souffre de l'estomac, mais surtout de l'intestin, que ses douleurs correspondent volontiers à l'acte de ses digestions intestinales survenant trois ou quatre heures après les repas. Elle rend souvent par l'anus des glaires mousseux et parfois rubannées. Si bien que je porte le diagnostic entérite pseudo-membraneuse chez une névropathe.

Traitement. — Régime alimentaire approprié, grands lavements de glycérine, de chlorate de potasse, etc.

A la visite suivante la malade va mieux du côté de son intestin, mais elle souffre du côté du bas-ventre et au niveau de sa corne utérine gauche qui est encore sensible, si bien que je me décide à lui faire une intervention qu'elle a réclamée d'ailleurs elle-même. Ayant examiné la malade sous le chloroforme, avant l'opération, je cherche de nouveau à constater une lésion anatomique, mais je

ne trouve rien au niveau de l'utérus et des cornes utérines, sauf un empâtement léger du cul-de-sac postérieur, si bien que je craignais de faire une nouvelle mutilation tout au moins inutile chez cette névropathe.

Pendant le cours de l'hystérectomie vaginale, nous avons pu constater qu'il existait sur le fond de l'utérus une adhérence solide d'un centimètre carré environ avec une anse de l'intestin grêle, que j'ai dû disséquer avec soin. Je pensais alors que cette opération pouvait rendre service à la malade et que son entérite pseudo-membraneuse avait pu avoir pour cause cette adhérence insolite de l'intestin. C'est ce que l'avenir devait nous démontrer.

OBSERVATION XIX (résumée).

Due à l'obligeance du Dr Mauclair, prosecteur à la Faculté de Paris.

Femme de province, âgée de 35 ans, a eu un enfant il y a huit ans. Bonne santé habituelle jusqu'à il y a deux ans.

Depuis se plaint de troubles gastriques caractérisés par de la pesanteur à l'estomac, des envies de dormir après chaque repas, pas de vomissement, amaigrissement considérable, anémie profonde.

La constipation est intense, les selles n'ont lieu que tous les trois ou quatre jours, et dans chacune il y a des débris énormes de peaux, allongés en rubans et mêlés aux matières fécales.

Mérite catarrhale légère. Malgré des traitements variés, les symptômes persistent pendant deux ans.

A l'examen de la malade, il n'y a pas de dilatation de l'estomac mais un léger degré de néphroptose du côté droit.

Le régime consistant en repas fréquents et peu abondants, à la fin, en douches quotidiennes, a déterminé une légère amélioration avec augmentation de poids. Néanmoins les symptômes de colite membraneuse persistent toujours.

OBSERVATION XX (résumée).

Due au Dr Henry Morau, préparateur adjoint à la Faculté.

Mme X..., 26 ans. Bien réglée, un enfant. Pas d'antécédents morbides. Un mois après sa couche, elle commence à souffrir de pesanteur dans le ventre, de douleurs dans les cuisses, perte d'appétit, somnolence après les repas, devient plus irritable, pas de constipation habituelle. Elle vient consulter parce qu'elle souffre beaucoup en allant à la garde-robe et qu'elle a vu dans ses selles des *filaments blanchâtres*.

A l'examen, pas d'hémorroïdes, pertes blanches abondantes, traces de vaginite ancienne, métrite cervicale.

Le traitement institué, est général et local. Alimentation formée de viandes noires grillées, avec du thé chaud pour boisson, des féculents.

Pansement quotidien vaginal avec la solution de glycérine et d'ichtyol, crayon iodoformé dans l'utérus. Après quinze jours, un hersage du col avec la herse de Doléris, pansement antiseptique.

Après dix mois, les signes de métrite et de vaginite disparaissent complètement ; la colite persiste encore, mais les poussées sont beaucoup plus espacées.

OBSERVATION XXI (Résumée).

Due au Dr Henry Morau préparateur adjoint à la Faculté

Mle C. B..., habitë longtemps la Cochinchine et y contracte la dyssentërie, très délicate, très nerveuse. Bien réglée.

Rentrée en France elle s'y marie avec un homme qui n'a jamais eu d'écoulement. Trois mois après son mariage, douleurs vives

dans le bas-ventre, pas de fausse-couche. Météorisme abdominal, pesanteur dans les cuisses, douleurs lombaires. Les règles sont très irrégulières et dans l'intervalle pertes blanches très abondantes.

A l'examen, toucher vaginal très douloureux. Col sensible à la pression, gros, les culs-de-sac sont douloureux, les annexes bien que sensibles à la pression ne sont pas augmentés de volume. A l'examen au spéculum col éversé, légère ulcération sur la lèvre postérieure.

Traitement. — Pansements vaginaux et intra-utérins, trois fois par semaine. Douches rectales chaudes et abondantes avec la solution de nitrate d'argent à 1/1000. Une saison à Plombière. Guérison complète de la dyssentérie et des troubles génitaux.

OBSERVATION XXII (personnelle).

Colite muco-membraneuse périodique.

Madame X..., âgée aujourd'hui de 35 ans, s'est mariée à l'âge de 18 ans. Pendant les sept premières années de son mariage elle n'eût pas d'enfants. La cause de cette stérilité était probablement une atrésie du col. En 1884 le professeur Depaul fit la dilatation de la cavité cervicale, et un an après, en 1885, première grossesse qui fut suivie de trois autres en 1888, 1889 et 1890. Les accouchements donnèrent lieu à quelques complications (fièvre, abcès du sein, etc.). Depuis sa dernière grossesse, Mme X... a à plusieurs reprises souffert du ventre ; ces douleurs ont amené chez elle une recrudescence de phénomènes nerveux divers qu'elle avait présentés autrefois déjà (vertiges, agoraphobie, anorexie par accès, irritabilité nerveuse, insomnie). Depuis deux ans, elle a

beaucoup maigri ; son estomac est dilaté, sa paroi abdominale est relâchée et elle souffre de constipation assez opiniâtre.

En 1895, étant à la campagne, elle fut prise de douleurs généralisées du ventre ; au bout de quelques jours, à la suite de lavements, elle remarqua que ses garde-robes contenaient du mucus et des peaux. Ce premier accès de colite muco-membraneuse persista pendant 4 ou 5 jours.

Depuis 3 mois, elle constata la présence de muco-membranes dans ses selles à plusieurs reprises. Trois jours avant ses règles elle est prise de douleurs aiguës généralisées à tout le ventre et ayant leur maximum dans la région du creux épigastrique et de la fosse iliaque gauche. En même temps il existe de la constipation. Les garde-robes contiennent d'abord de la mousse, puis du mucus, et enfin des muco-membranes et du sang en petite quantité. L'examen que nous avons fait de ces garde-robes nous a permis de confirmer la description de la malade.

La poussée de colite muco-membraneuse et la constipation persistent pendant toute la durée des règles et pendant deux jours après.

Pour expliquer cette colite muco-membraneuse, et surtout la périodicité qu'elle présente et qui est depuis quelque temps tout à fait caractéristique, nous avons fait un examen complet de l'appareil génital profond. Cet examen, pratiqué à l'aide du toucher et de la palpation, est d'autant plus facile qu'il existe un relâchement considérable de la paroi abdominale et même de l'éventration.

L'utérus est resté gros dans sa totalité (corps et portion cervicale) ; le col lui-même est tuméfié et sa muqueuse est épaissie. L'organe tout entier a basculé en avant, le corps est en antéversion appuyant sur la vessie ; le col soulevé et renversé en arrière vient appuyer sur la paroi rectale qu'il déprime, comme on peut s'en rendre compte par le toucher rectal. La malade, pour

éviter la souffrance causée par cette modification des rapports de l'utérus, est obligée de porter un anneau de Dumontpallier. L'utérus vient donc comprimer le rectum et augmenter la constipation, surtout lorsqu'au moment des règles il est le siège d'une augmentation passagère de volume.

OBSERVATION XXIII (D^r P. E. Launois).

Grossesse extra-utérine. — Constipation opiniâtre. —
Colite muco-membraneuse

Mme Leb..., âgée de 34 ans, n'a jamais été malade. Bien réglée depuis l'âge de 15 ans et demi, elle a eu un premier accouchement régulier à 22 ans et un second également normal l'année suivante.

En 1882, alors qu'elle était régulièrement réglée depuis sa dernière grossesse, elle remarque un retard de six semaines environ, le sang ayant paru, elle perd un caillot et n'est pas obligée de garder le lit. Une quinzaine de jours après cet accident, elle est prise de fièvre, de douleurs abdominales, de vomissements abondants ; elle a une péritonite très grave qui l'oblige à garder l'immobilité absolue au lit pendant trente-cinq jours.

Depuis cette poussée péritonéale, les règles s'étaient rapprochées et étaient devenues plus abondantes ; il restait aussi une constipation opiniâtre.

Au mois de mai 1890, je suis appelé à donner mes soins à Mme Leb... qui présente des symptômes d'occlusion intestinale. Je pratique à cette époque le toucher et reconnais une rétroversion de l'utérus, et au-dessus de lui une masse peu volumineuse que je crois être un corps fibreux pédiculé. Un traitement approprié rétablit le cours des matières, mais incomplètement.

A la fin de juin 1890 survient une métrorrhagie assez abondante

qui vient confirmer mon premier diagnostic.

Depuis cette époque, je suis appelé à plusieurs reprises à voir Mme Leb... qui présente des symptômes multiples de neurasthénie et se plaint en particulier d'une constipation opiniâtre, toujours plus grande au moment des règles. Cette émission de matières dures s'accompagne souvent de l'émission du mucus, de muco-membranes sous forme de lamelles et d'un peu de sang.

En septembre 1890, surviennent des accidents graves d'obstruction intestinale qui nécessitent une intervention chirurgicale.

L'hystérectomie vaginale est pratiquée : ouverture d'une poche remplie de caillots brunâtres ; ablation d'un fœtus de deux mois et demi environ et du placenta.

La malade, que je revois souvent depuis, est bien guérie ; elle a encore facilement de la constipation, mais elle ne rend plus de muco-membranes.

OBSERVATION XXIV (Docteur P. E. Launois).

Arthrite blennorrhagique du genou droit. Salpyngite. Mort. Colite muco-membraneuse.

En janvier 1894, je suis appelé à donner mes soins à Mademoiselle C..., âgée de 25 ans ; elle est atteinte d'une arthrite du genou droit qui depuis quelques jours est le siège d'une poussée aiguë. La palpation de l'articulation est très douloureuse ; elle permet de reconnaître un épaissement très marqué de la synoviale, de la tuméfaction des surfaces articulaires et des extrémités osseuses. Il existe de la chaleur locale et une douleur spontanée assez marquée : cette douleur est augmentée par les mouvements et instinctivement la malade immobilise son articulation. L'examen des autres articulations me permet de trouver de la douleur au niveau du coude droit et des deux articulations ster-

no-claviculaires. Étant donnés les antécédents vagino-utérins que je connaissais je fais le diagnostic de rhumatisme blennorrhagique subaigu.

Le repos au lit, une révulsion légère, sont conseillés.

Dans les jours qui suivent l'atrophie du triceps crural droit fait de grands progrès. L'état général est peu satisfaisant : la malade perd l'appétit, pâlit et maigrit ; elle a un habitus extérieur qui fait penser à la tuberculose. M. le D^r Léon Labbé, qui est appelé à donner son avis, impressionné par le mauvais état général et par l'état local du genou qui est le siège d'une nouvelle poussée, craint une arthrite tuberculeuse ; il conseille l'extension, l'électrisation localisée des muscles atrophiés.

Pendant 5 semaines, la malade suit le traitement conseillé.

A plusieurs reprises elle souffre de douleurs très vives dans le ventre et de constipation ; ses garde-robes constituées par des matières dures et pierreuses contiennent du sang, un peu de mucus et à plusieurs reprises des muco-membranes. Les caractères de ces selles, la fièvre vespérale, le mauvais état général me, font penser à mon tour à une infection tuberculeuse qui s'est manifestée sur le genou d'abord et qui s'étend à l'intestin. L'exploration de l'utérus et de ses annexes est refusée ; je conserve néanmoins des doutes sur la nature de toutes ces manifestations, car je ne puis oublier l'infection utérine qui les a précédés. L'état général ne s'améliorant pas, je conseille le séjour à Biarritz, la vie au grand air et le traitement par les bains salins.

Le D^r Lavergue, qui est appelé à son tour à donner des soins à la malade, assiste à plusieurs crises d'entérite qu'il me décrit ainsi dans une lettre : « La malade se plaint de douleurs vives, véritables coliques occupant surtout le bas-ventre, survenant plusieurs fois par jour, s'accompagnant de selles diarrhéiques, contenant des matières dures, du mucus et du sang, au nombre de trois ou quatre par jour et déterminant parfois des nausées. J'ai

donné un purgatif au début, et depuis j'ai essayé sans grand succès du bismuth, des opiacés, du naphthol, de la viande crue. Aujourd'hui il y a eu une crise un peu plus forte avec violent accès de fièvre et vomissements alimentaires. J'ai décidé de mettre la malade au régime lacté exclusif pendant quelques jours. Mais cette résistance aux moyens thérapeutiques, habituels en pareil cas, ne laissent pas que de m'inquiéter et je me demande si quelque poussée tuberculeuse n'est pas en évolution vers l'intestin. »

Les accidents locaux et généraux ne tardent pas à augmenter : il survient des poussées de péritonite et un écoulement de pus par le rectum.

L'examen des organes génitaux profonds que la malade avait toujours refusé peut être fait; on constate l'existence d'une collection purulente énorme occupant l'excavation pelvienne en arrière de l'utérus et remontant assez haut dans l'abdomen. Cette cavité est incisée, lavée et drainée, mais les accidents se précipitent et la malade meurt de septicémie.





CHAPITRE III

PATHOGÉNIE DE LA COLITE MUCO-MEMBRANEUSE CHEZ LES UTÉRINES.

L'entérite muco-membraneuse est-elle une entité morbide, une colite spéciale, ou n'est-elle qu'un symptôme qui peut être observé dans un grand nombre d'affections intestinales de causes différentes? C'est là la question qui nous reste à résoudre dans cette dernière partie de notre travail.

Pour considérer la colite muco-membraneuse comme une maladie spéciale de l'intestin, on s'appuyait, avant les dernières recherches bactériologiques, sur ce fait que les « selles muco-membraneuses sont caractéristiques (1) » et on ne tenait pas compte des divers agents pathogènes que les muco-membranes pouvaient renfermer, ni des points de pénétration de ces germes pathogènes. Elles diffèrent absolument des autres variétés de selles mem-

1. Richardière. *Entérite muco-membraneuse* (*Union médicale*, 5 janvier 1895).

braneuses, telles qu'on les observe dans la dyssenterie ou dans l'empoisonnement par le sublimé, et l'examen histologique permet de leur attribuer un mode de formation uniforme (*loco citato*).

Avant ces données pathogéniques, Lereboullet (1) reprenant et refutant les idées de Wannebroucq (2) sur *l'entérite interstitielle essentielle* admettait l'influence des inflammations ou des infections de voisinage sur le développement de l'affection et montrait, déjà à cette époque, que l'entérite muco-membraneuse était presque toujours, secondaire à une infection primitive de voisinage. Le professeur Germain Sée (3) faisait enfin observer, à juste titre, que l'absence de fibrine dans ces fausses membranes excluait toute idée d'inflammation.

A l'heure actuelle, nous basant sur les travaux les plus récents et sur nos propres recherches, il faut tenir un plus grand compte, croyons-nous, de l'élément microbien et de sa dissémination par la voie lymphatique, dans la pathogénie de cette affection. Nous avons vu, dans nos observations, que les muco-membranes renfermaient des bactéries (observation du Dr Girode), qu'on les retrouvait dans les sécrétions utéro-vaginales ; d'où venaient-elles ? et qu'elles avaient été leur voie de propagation, sinon le système lymphatique ! La voie muqueuse, nous

1. Lereboullet. *Gazette hebdomadaire*, 1875.

2. Wannebroucq. *Compt. rend. assoup. avanc. des Sc.*, Congrès de Lille, 1874.

3. Germain Sée. *Comptes rendus. Académie de médecine*, 1881.

dira-t-on ; nous nous réservons de réfuter cette objection dans un instant, en montrant que sous l'épithélium desquamé, le réseau lymphatique se trouve à découvert et apte par suite à transporter le germe morbide dans l'économie. Notre assertion est appuyée sur des faits personnels et sur les grands noms de Ranvier et de Recklinghausen.

Avec toutes ces données cliniques et nos propres investigations anatomiques nous croyons, en écartant la neurasthénie si fréquente chez la femme, pouvoir distinguer chez les utérines deux mécanismes de la colite-muco-membraneuse. Chez ces malades cette affection est due :

1° Soit à une cause mécanique ;

2° Soit à une cause infectieuse.

Cette distinction est un peu didactique ; elle est surtout destinée à faciliter notre tâche ; car, à étudier les faits de près, on pourra aisément reconnaître que, dans la majorité des cas, la cause infectieuse domine, et domine seule.

Nous reconnaissons donc une colite muco-membraneuse *d'origine mécanique* provoquée, surtout au point de vue étiologique par la constipation. Et une colite muco-membraneuse *infectieuse* due à la propagation de l'infection de l'appareil sexuel au rectum.

A. — La constipation, purement mécanique, sera due :

1° A des déviations utérines.

Il est évident qu'un utérus en antéflexion ou en

rétro-flexion viendra presser par son col ou son corps sur une portion plus ou moins élevée du cylindre rectal, déterminera dans le calibre de ce cylindre une obstruction plus ou moins complète du cours normal des matières, une stase de ces matières, une résorption plus ou moins grande (faible en général, la physiologie récente nous faisant connaître le faible pouvoir absorbant de la muqueuse rectale), des produits putrides engendrés par ces matières, et des toxines secrétées par les microbes qu'elles renferment, qu'en un mot, ces matières irriteront l'épithélium de la muqueuse rectale, mettront à nu le réseau lymphatique sous-muqueux ou sous-épithélial et feront grandes ouvertes les portes à l'infection.

Celle-ci une fois accomplie, l'organe entier sera lésé dans sa totalité : les glandes, ce dernier refuge des micro-organismes, étant infectées, seront modifiées quant à leur structure et quant à leur sécrétion, et leur infection même, expliquera la ténacité si désespérante de l'affection qui nous occupe.

2° *A des tumeurs du petit bassin.*

Ici le problème devient un peu plus complexe, car ces tumeurs peuvent agir à la fois comme agents mécaniques et comme agents de propagation d'infection. Qu'il s'agisse d'un hydro ou d'un pyo-salpynx, de fibromes utérins, de kystes ovariens, il n'en est pas moins certain que la néo-formation

agit sur l'intestin d'abord par son volume propre, en le comprimant, et rentre ensuite dans le cadre que nous signalions plus haut des déviations utérines. Mais ces tumeurs peuvent agir, en outre, comme agents d'infections, si l'on songe, ainsi que nous espérons l'avoir démontré dans la première partie de notre travail, qu'il n'est pas un organe de l'appareil génital de la femme qui ne soit en connexion intime, par la voie lymphatique, avec les autres pièces de ce même appareil. On concevra donc facilement que, d'une part, un de ces organes étant infecté (pyo-salpynx, ovarite suppurée, etc., etc.), agissant déjà par son volume sur l'intestin, ne vienne ajouter à son action purement mécanique, celle plus active encore, de l'agent pathogène qu'elle peut renfermer et qui se propagera par les connexions lymphatiques de ces divers organes entre eux.

Nous savons bien qu'on invoquera pour cette propagation la voie muqueuse, mais encore une fois, qui dit muqueuse dit lymphatique, ainsi que nous le démontrerons dans un instant.

3° La constipation mécanique chez les utérines peut être due à une cause indépendante des organes du petit bassin, et donner lieu cependant à de la colite muco-membraneuse. Cette cause a été bien signalée par le professeur G. Sée dans une de ses dernières communications à l'Académie (1). C'est

1. G. Sée. *Des méprises entre les maladies de l'estomac et celles de l'intestin* (Comptes rendus. Acad. de méd., décembre 1893).

avec l'atonie musculaire de l'intestin, le relâchement si fréquent chez les multipares, de *la sangle musculaire abdominale*. L'intestin déjà parésié, plus ou moins infecté par le passé gynécologique de la femme, ne trouve plus au moment où il doit fonctionner l'adjuvant nécessaire dans la contraction des muscles abdominaux.

La physiologie nous apprend en effet, quedans la défécation, la contraction du diaphragme n'est pas seule à agir, qu'il faut que ce muscle prenne un point d'appui sur les muscles droits antérieurs et transverses de l'abdomen pour avoir son maximum d'énergie dans cet acte physiologique. Si donc cette sangle musculaire (G. Sée) vient à être relâchée par suite de nombreux accouchements, que d'autre part les tuniques intestinales aient perdu tant soit peu de leur tonicité, on comprendra l'action puissante de ce mécanisme dans la production d'une constipation opiniâtre donnant bientôt naissance à des exsudats muco-membraneux.

Dans ce dernier cas, comme dans ceux qui précèdent, les phénomènes peuvent s'enchaîner de la façon suivante : les matières arrêtées dans le gros intestin déjà parésié, irritent par leur contact trop prolongé la muqueuse et déterminent, de préférence aux points même de stagnation des matières excrémentitielles, un exsudat qui se dépose à leur surface ou se moule sur les plis de l'intestin.

Ces dépôts locaux de produits exsudatifs (mucus et cellules épithéliales en grande partie) expliquent

les douleurs si vives qui accompagnent l'expulsion des muco-membranes et le soulagement qui la suit. Les choses n'en restent pas toujours à ce premier stade ; les gaz retenus dans l'intestin le distendent bientôt, passent dans l'estomac, le distendent à leur tour et voilà sur-ajoutée à l'affection intestinale une dilatation stomacale d'origine purement mécanique ou mieux pour nous *génito-mécanique*.

Ajoutons à ces phénomènes purement dynamiques, ceux d'ordre chimique qui se passent dans les voies digestives ainsi obstruées, et nous pourrions expliquer, ainsi que l'avait si bien vu le professeur Bouchard, les troubles nerveux que l'on observe si fréquemment dans cette affection, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer pour cela avec les auteurs allemands des troubles névro-moteur locaux ou périphériques. Il y a là simplement résorption putride et une explication bien rationnelle des troubles nerveux qu'on a observés si souvent dans la colite muco-membraneuse, tels que convulsions, état typhoïde, coma, etc... Mais toujours nous voyons dominer dans ces cas l'élément infectieux.

B. — Dans notre second groupe de faits, la colite muco-membraneuse reconnaît pour cause unique la propagation d'une infection de l'appareil génital au rectum par la voie lymphatique. Il n'est pas nécessaire pour expliquer ce mécanisme que l'infection soit uniquement localisée au vagin ou au col utérin ; il faut se souvenir seulement des nombreuses anastomoses lymphatiques qui unissent les unes aux

autres les différentes pièces de l'appareil génital et en particulier des lymphatiques sous-séreux qui mettent les vaisseaux propres de l'appareil génital en rapport de continuité avec ceux de la couche sous-séreuse du petit bassin.

La pelvi-péritonite d'origine utérine que Goupil et Bernutz avaient si bien vue ne s'explique-t-elle pas aujourd'hui bien facilement grâce à la connaissance plus complète que nous avons des vaisseaux lymphatiques de ces organes. Jusqu'alors et de nos jours quelques gynécologues, se refusant à admettre les faits anatomiques, veulent expliquer la transmission des inflammations utérines au péritoine par l'envahissement progressif des muqueuses utérine et tubaire. A cette manière de voir nous pourrions répondre d'abord, avec M. Poirier, que si cette voie utéro-péritonéale, passant par la trompe, était la voie de transmission des inflammations et des infections, on verrait les lésions ou leurs vestiges, prédominer surtout autour de l'orifice péritonéal de la trompe, tandis qu'elles ont pour centre l'utérus ou les organes en connexion lymphatique avec lui.

D'autre part, nous ferons observer aux partisans de la voie muqueuse que, qui dit muqueuse infectée, dit en même temps, au point de vue purement anatomique, voies lymphatiques ouvertes à l'envahissement microbien. Il ne faut pas oublier, en effet, qu'une muqueuse, qu'elle quelle soit, est constituée par un vernis épithélial, essentiellement instable et

transformable (le fait a été démontré (1) précisément dans des muqueuses génitales) doublé à sa face profonde par un chorion conjonctif où les éléments lymphatiques prédominent. Il nous suffit à ce sujet de rappeler la richesse extrême du réseau sous-épithélial lymphatique des diverses muqueuses dont nous avons donné plus haut la description.

Donc tout microbe envahissant une muqueuse agit d'abord *par sa présence et ensuite par son action chimique*.

Par *présence*, il irrite l'épithélium, celui-ci subit les transformations classiques de l'inflammation, c'est-à-dire, retourne à l'état embryonnaire (2) et tombe, ou bien évolue vers un autre type; quoiqu'il en soit, la barrière protectrice a été ouverte, les phagocytes sont intervenus (3), et s'ils n'ont pas été vainqueurs dans la lutte, ils transportent dans le réseau lymphatique les agents mêmes de l'infection.

En avançant ces faits, nous ne faisons que répéter des choses déjà connues, empiriquement, si on veut bien nous permettre cette expression, mais non encore démontrée par des faits anatomiques.

Il y a déjà nombre d'années que la majorité des gynécologues sont à peu près d'accord pour accorder aux lymphatiques le rôle principal dans les

1. H. Morau. *Des transformations épithéliales physiologiques et pathologiques* (Journal d'anat. et physiol. Paris, 1889).

2. Letulle. *De l'inflammation*. Paris, 1893.

3. Metchnikoff. *De la phagocytose*. Annales de l'Institut Pasteur.

phlegmasies pelviennes survenues même en dehors de l'état puerpéral.

Les travaux de Nonat et de ses élèves, confirmés par ceux de Guérin, de Fioupe (1), d'Auger, de Dreyfus, etc., etc., montrent bien le retentissement de l'inflammation des lymphatiques génitaux sur le tissu cellulaire du petit bassin et des ganglions. Les travaux modernes substituent au mot inflammation celui d'infection et nous croyons avoir montré anatomiquement les voies de propagation de cette infection.

Aussi, devant un tel état de choses pourrions-nous dire avec le Dr Poirier : « Qu'on ne laisse pas que d'être fort surpris, lorsqu'on étudie les phases diverses de l'histoire des inflammations utérines et de leurs complications, du long temps qu'il a fallu pour que l'influence des lymphatiques dans la transmission des matières septiques pour la production d'inflammation dans les annexes et la séreuse fut bien et définitivement établi. »

Le système lymphatique n'est-il pas dans toute l'économie l'agent le plus actif d'absorption et la voie ordinaire des inflammations? Pourquoi les organes pelviens échapperaient-ils à cette loi générale (Poirier).

Si cette propagation directe de l'infection génitale au petit bassin est bien démontrée, il nous semble qu'elle peut également être admise pour le rectum,

1. Fioupe, *Lymphatiques utérins, parallèle entre la lymphangite et la phlébite utérines*, 1876.

puisque nous avons montré par les préparations de nos maîtres ou les nôtres, les rapports de continuité qui existaient entre ces deux appareils tant au point de vue normal qu'au point de vue pathologique (adhérences utéro-rectales).

L'agent pathogène peut exister à l'état latent plus ou moins longtemps (rareté des cas de colite muco-membraneuse chez les utérines pour certains gynécologistes), mais il n'en est pas moins vrai, qu'à un moment donné, il pourra envahir le réseau lymphatique du petit bassin et infecter les tuniques rectales.

Les observations que nous avons citées montrent bien ce fait, car dans presque toutes l'infection génitale a précédé l'infection intestinale. Dans l'une d'elles, que nous considérons comme la preuve expérimentale de notre travail, l'infection intestinale a précédé les troubles génitaux. L'observation est incomplète, il est vrai, car il manque un examen bactériologique des pertes blanches, mais il n'est pas douteux pour nous que les réactions de culture auraient montré le même agent infectieux que celui qui existait primitivement dans l'intestin.





CONCLUSIONS

I. — Les lymphatiques de l'appareil génital de la femme forment un vaste réseau dont les différentes parties sont en communication entre elles.

II. — Les lymphatiques vagino-utérins communiquent avec les lymphatiques du rectum par de larges anastomoses et par suite, les lymphatiques génitaux en général communiquent avec ceux du rectum par voie récurrente.

III. — Chez les utérines la colite muco-membraneuse est due :

- 1° A des causes mécaniques d'origine génitale ;
- 2° A des causes infectieuses.

IV. — Dans les deux cas l'infection domine, et elle est toujours propagée par la voie lymphatique.

V. — Chez les utérines la colite muco-membraneuse peut donc être toujours considérée comme infectieuse.

1° Directement par propagation d'une infection génitale à l'intestin.

2° Indirectement par résorption putride déterminée par un trouble mécanique d'origine génitale au cours régulier des matières.

Vu par le Président de la thèse,

A. LE DENTU.

Vu par le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Angerant (Henry).** — Les grands lavages de l'intestin, étude historique, clinique et expérimentale (Thèse de Paris, 1891).
- Cautru.** — Complications nerveuses de l'entérite muco-membraneuse (épilepsie, chorée). Médecine moderne, janvier 1895, p. 28.
- Cruveilhier.** — Atlas d'anatomie pathologique, 17^e livraison.
— Anatomie. Path. générale, tome IV, p. 451.
- Cruikshank (William).** — The anatomy of absorbent vessels in the human body, 1787.
- Delbert (Pierre).** — Des suppurations pelviennes, Paris 1891.
- Denucé.** — Société anatomique de Bordeaux, 1888.
- Duval (Mathias).** — De la régénération de l'épithélium des cornes utérines après la parturition (Soc. de biologie, 1890).
- Fernel.** — Pathologie, livre VI, p. 157.
- Findley.** — American journal of medical sciences, 1875, page 103.
- Fioupe.** — Lymphatiques utérins. Parallèle entre la lymphangite et la phlébite utérine (Thèse de Paris, 1876).

- Fridolin** (Peter). — Ueber die lymph. fässe. der Schwangeren Gebärmutter. Milit. journal 115. Theil. November 1872. Saint-Pétersbourg. Abth. II, S. 105 (Russisch).
- Gendrin**. — Traité philosophique de médecine pratique. Des fièvres dyspeptiques ou assodes, tome III, page 2.
- Glenard** (Frank). — Des ptoses viscérales. Lyon méd., 1889.
- A. de Generisch**. — Progrès médical (23 septembre 1893).
- Graves**. — Clinique médicale, 2^e édit., tome II, p. 326.
- Grisolle**. — Pathologie interne, tome II, p. 728, 2^e édit.
- Guyot**. — Société méd. des hôpitaux. Bulletins, 1868.
- Helme**. — Histol. observation on the musc. fibre and connective tissue of the uterus during the pregnancy and the puerperium (Transact. of roy. Soc. of Edimburg, 1890).
- Hoggan** (Mme et M.). — Comparative anatomy of the lymphatics of the uterus (Journal of anat. and phys., 1880. Vol. XVI, p. 50).
- Jastreboff**. — Anat. norm. et path. du ganglion cervical de l'utérus (Thèse. Saint-Pétersbourg, 1881).
- O. Kitagara**. — Zeits. f. klinch. med. Band XVIII, p. 9.
- Laboulbène**. — Recherches cliniques et anatom. sur les affections pseudo-membraneuses, Paris, 1861.
- Lereboullet**. — Gazette hebdomadaire, 1875.
- Lesage et Dauriac**. — Des grands lavages de l'intestin grêle. Gazette des hôpitaux, 17 octobre 1893.
- Letulle**. — De l'inflammation (étude anatom. patholog. Paris, 1893).
- Litten**. — Berlin. Klinisch. Wochens. N° 29, p. 592, 1888.
- Lucas-Championnière**. — Thèse de Paris, 1870.
- G. Lyon**. — L'entérite muco-membraneuse (Gazette des hôpitaux, 11 mai 1889, n° 54).
- Léopold** (Gerhard). — Leipzig, die lymph. der normalen. nicht. Schwangeren uterin (Arch. für gynec. Berlin, 1873).

- Malibran (Ch.).** — L'atonie intestinale et ses complications.
Paris 1889.
- Mathieu (A.).** — De l'entérite muco-membraneuse. Traité de
méd., tome III, p. 442.
- Traitement de l'entérite muco-membraneuse (Gaz.
des hôpitaux, 1894).
- Mascagni.** — Vasorum et lymphaticorum corporis humani, histo-
ria et iconographia. Siennæ, 1787.
- Metchnikoff.** — De la phagocytose (Annales de l'Institut Pas-
teur).
- Mierzejewski (Vladislas).** — Recherches sur les lymphatiques
de la couche sous-séreuse de l'utérus (Journal de l'ana-
tomie, 1879).
- Monod (E.).** — De l'entérite pseudo-membraneuse en Gynécol
(Annales de la polyclinique de Bordeaux, mai 1891).
- Morau (Henry).** — Comptes-rendus de la Soc. de Biol., 21 déc.
1894.
- Remarques sur les vaisseaux lymph. des organes
génitaux de la femme et leurs anastomoses avec ceux du
rectum (Comptes-rend. Soc. Biol. Décembre 1894).
- Journal de méd. de Paris (janvier 1895).
- Du péritoine tubo-ovarique et de son rôle dans la
fécondation (Journal de méd. de Paris, 1892).
- Des transformations épithéliales phys. et path.
(Journal d'anat. et physiol. Paris, 1889).
- Morgagni.** — Trente-et-unième lettre sur les flux du ventre.
- Nonat.** — Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses
annexes (1860, 2^e édit. 1874).
- Ozenne.** — De la colite pseudo-membraneuse chez les utérines
(Journ. de méd. de Paris décembre 1893).
- Pariser.** — Cité par Richardière, p. 3.
- Pichevin.** — Journal de médecine de Paris, janvier 1895.

- P. Poirier.** — Lymphatiques des organes génitaux de la femme (Progrès méd. Paris, 1890).
- Potain.** — Semaine médicale, 1887 et 1894.
- Richardière.** — L'entérite muco-membraneuse (Union méd. N° 1. Janvier 1895).
- Sappey.** — Traité d'anatomie descriptive.
- G. Sée.** — Du régime alimentaire. Traité hygiénique des maladies, 1887. Les intestinaux, page 338.
— Des méprises entre les maladies de l'estomac et celles de l'intestin. Bulletin de l'Académie de Médecine (26 décembre 1893).
- Siredey.** — Soc. Méd. des Hôpitaux (Bulletins, 1868).
- Trousseau.** — Clinique Méd. de l'Hôtel-Dieu de Paris (7^e édit. 1883).
- Van-Swieten.** — Diarrhea febrilis, tome II, page 374.
- Wallich.** — Rech. sur les vaisseaux lymph. sous-séreux de l'utérus gravide et non gravide (Thèse de Paris, 1891).
- Wannebroucq.** — Comptes-rend. assoc. avanc. des sciences Congrès de Lille, 1874.
- Weit.** — Zur normalen anat. der portio vaginalis uteri (Zeits. f. Gebur. M. Gynæk, 1880).
- Williams.** — On the circulation in the uterus, etc. Transact. of obstetr. Soc. of London, 1886.
- Wyder.** — Das verhalten der mucosa uteri, Während der menstruation (Zeits. f. Gebur. M. Gynæk, 1883).



